DOCUMENT RESUME

ED 478 480 PS 031 408

TITLE	Facts for Feeding Series.
INSTITUTION	Academy for Educational Development, Washington, DC.
SPONS AGENCY	Academy for Educational Development, Washington, DC. United States Agency for International Development.
PUB DATE	2002-00-00
NOTE	140p.
CONTRACT	HRN-A-00-97-00007-00
AVAILABLE FROM	LINKAGES, Academy for Educational Development, 1825 Connecticut Ave., NW, Washington, DC 20009. Tel: 202-884-8000; Fax: 202-884-8977; e-mail: linkages@aed.org; Web site: http://linkagesproject.org. For full text: http://www.linkagesproject.org/ publications/index.php.
PUB TYPE	Guides - Non-Classroom (055) -- Multilingual/Bilingual Materials (171)
LANGUAGE	English, French, Spanish, Portuguese
EDRS PRICE	EDRS Price MF01/PC06 Plus Postage.
DESCRIPTORS	*Breastfeeding; Childhood Needs; *Infant Care; Infants; *Mothers; Multilingual Materials ; Nutrition; Parent Child Relationship
IDENTIFIERS	*Infant Feeding

ABSTRACT

This document compiles several fact sheets, in multiple languages, for mothers and parent educators providing information and answering questions concerning breastfeeding infants. The fact sheets are published in English, French, and Spanish, and cover the following topics: (1) "Recommended Practices To Improve Infant Nutrition during the First Six Months"; (2) "Breastmilk: A Critical Source of Vitamin A for Infants and Young Children" (also in Portuguese); (3) "Guidelines for Appropriate Complementary Feeding of Breastfed Children 6-24 Months of Age"; (4) "Breastfeeding and HIV/AIDS"; (5) "Mother-to-Mother Support for Breastfeeding"; (6) "Lactational Amenorrhea Method (LAM)"; (7) "Frequently Asked Questions on: Breastfeeding and Maternal Nutrition"; and (8) "Exclusive Breastfeeding: The Only Water Source Young Infants Need" (also in Portuguese). (HTH)

Reproductions supplied by EDRS are the best that can be made
from the original document.

ED 478 480

Facts for Feeding Series.

LINKAGES
Academy for Educational Development

2002

PS 031408

U.S. DEPARTMENT OF EDUCATION
Office of Educational Research and Improvement
EDUCATIONAL RESOURCES INFORMATION CENTER (ERIC)

X This document has been reproduced as received from the person or organization originating it.

☐ Minor changes have been made to improve reproduction quality.

• Points of view or opinions stated in this document do not necessarily represent official OERI position or policy.

PERMISSION TO REPRODUCE AND DISSEMINATE THIS MATERIAL HAS BEEN GRANTED BY

E. Dale

TO THE EDUCATIONAL RESOURCES INFORMATION CENTER (ERIC)

BEST COPY AVAILABLE

PS PSTR 0166

Facts for Feeding

Recommended Practices to Improve Infant Nutrition during the First Six Months

Facts for Feeding is a series of publications on recommended feeding and dietary practices to improve nutritional status at various points in the life cycle. This issue focuses on the infant's first six months of life. Policy makers, health care providers, and communicators can use these guidelines for developing messages and activities appropriate to local conditions.

Local assessments should be conducted to determine the emphasis to give to each of the recommended feeding practices, to identify audiences that are most receptive to change, and to design messages and activities based on audience profiles. Experience shows that focusing on a limited set of very specific behaviors is key to improving nutrition.

1 *Initiate breastfeeding within one hour of birth*

Early initiation:

- Takes advantage of the newborn's intense suckling reflex and alert state.
- Stimulates breastmilk production.
- Serves as the baby's first immunization. The infant will immediately benefit from the antibodies present in colostrum (the first milk).
- Minimizes maternal postpartum hemorrhage.
- Fosters mother-child bonding.

2 *Establish good breastfeeding skills (proper positioning, attachment, and effective feeding)*

- Baby should be held close to the mother, facing the breast with the baby's ear, shoulder, and hip in a straight line.
- Infant's mouth should open wide just before attaching so that the nipple and as much of the areola as possible are in the mouth. If properly attached, the lips are rolled outward, with the tongue over the lower gum.
- Signs of effective feeding should be observed: visible jaw movement drawing milk out, rhythmical suckling with an audible swallow, and no drawing in of cheeks.
- To encourage effective suckling and to prevent the introduction of contaminants, no bottles or pacifiers (dummies or artificial teats) should be used. If a mother has to miss a breastfeed, she can maintain her supply by expressing milk when she would have breastfed. Expressed breastmilk can be fed by cup at a later time.

PS 031408

LINKAGES ✦ Academy for Educational Development ✦ 1825 Connecticut Avenue NW, Washington, DC 20009
Phone (202) 884-8000 ✦ Fax (202) 884-8977 ✦ E-mail linkages@aed.org

Recommended Practices

3 *Breastfeed exclusively for the first six months*

- Breastmilk should be a baby's first taste. There should be no prelacteal feeds such as water, other liquids, or ritual foods.
- Breastmilk completely satisfies an infant's nutritional and fluid needs for the first six months. Infants do not need water or other liquids such as herbal teas to maintain good hydration, even in hot climates. The potential dangers of water supplementation include the introduction of contaminants and reduced nutrient intake.
- Exclusively breastfed children are at a much lower risk of infection from diarrhea and acute respiratory infections than infants who receive other foods. Offering foods to infants before six months reduces breastmilk intake and interferes with full absorption of breastmilk nutrients.
- Exclusive breastfeeding contributes to a delay in the return of fertility.

4 *Practice frequent, on-demand breastfeeding, including night feeds*

- Babies should be fed 8–12 times per 24 hours, every 2–3 hours or more frequently if needed, especially in the early months.
- An infant's stomach is small and needs to be refilled often. Breastmilk is perfectly adapted to the baby's small stomach size because it is easily digested.
- Frequent feedings help maintain the mother's milk supply, maximize the contraceptive effect, and provide immune factors at each feeding. They also help to prevent problems, such as breast engorgement, that might discourage a woman from breastfeeding.
- If a baby urinates at least six times in 24 hours, this is a sign that breastmilk intake is adequate. If not, more breastfeeding is necessary, or breastfeeding technique should be assessed.

5 *In areas where vitamin A deficiency occurs, lactating women should take a high-dose vitamin A supplement (200,000 IU) as soon as possible after delivery, but no later than 8 weeks postpartum, to ensure adequate vitamin A content in breastmilk*

- The concentration of vitamin A in breastmilk depends on a woman's vitamin A status and the changing needs of her growing infant. Preterm infants and infants born in areas where vitamin A deficiency is prevalent are at particular risk of vitamin A deficiency.
- The earlier the single high-dose vitamin A supplement is given to a lactating woman, the sooner the vitamin A status of her breastfed child will improve.
- Beginning around eight weeks after childbirth, women are at heightened risk of pregnancy (especially if they are not fully breastfeeding). Because a high-dose vitamin A supplement can be harmful to a fetus, women should not be given the high-dose supplement any time after eight weeks postpartum.

6 *Continue on-demand breastfeeding and introduce complementary foods beginning at 6 months of age (see Facts for Feeding: Guidelines for Appropriate Complementary Feeding of Children 6-24 Months of Age)*

Benefits of Breastmilk and Breastfeeding

Although most women in developing countries initiate breastfeeding, the promotion of breastmilk substitutes, changing societal values, urbanization, and the erosion of traditional support systems pose threats to breastfeeding. The benefits of breastfeeding and the differences between breastmilk and breastmilk substitutes need to be repeated to reinforce the message, educate new audiences, and sustain individual behavior change.

Nutritional Benefits

Meets all of an infant's nutritional requirements for the first six months and is superior to any substitute.

Changes in composition to meet baby's changing needs.

Continues to be an important source of high-quality protein, energy, vitamins (especially vitamin A), minerals, and fatty acids for older infants and toddlers.

Health Benefits

For infant: Protects against illnesses and enhances the baby's immune system, providing long-term protection against diabetes and cancer.

For mother: Reduces risk of maternal postpartum hemorrhage.

Helps shrink the uterus back to normal size.

Delays return of menses, helping to protect mother against anemia by conserving iron.

Reduces risk of developing premenopausal breast and ovarian cancer.

Child Spacing Benefits

During the first six months, frequent and intense breastfeeding can delay resumption of ovulation and return of menses, thereby decreasing the likelihood of pregnancy during the period of lactational amenorrhea. Longer intervals between births bring health benefits to the mother and the child, allow more time and resources for care of the child and siblings, and contribute to the economic well-being of the household.

The Lactational Amenorrhea Method (LAM) provides another family planning option for women who meet three criteria: full breastfeeding, no return of menses, and less than six months postpartum. If any one of these criteria is not met, another family planning method must be used to ensure adequate birth spacing of three years.

Knowledge of the health benefits of breastfeeding is usually inadequate to motivate women to adopt optimal practices. Mothers need specific, culturally appropriate information that responds to their constraints and concerns enables them to make better feeding choices.

Psychological and Developmental Benefits

Fosters mother-infant bonding and optimal growth and development, including brain growth.

Economic Benefits

Saves families the cost of purchasing breastmilk substitutes and reduces health care costs.

Environmental Benefits

Conserves natural resources and reduces pollution.

Supporting Interventions

Barriers to improved breastfeeding practices should be addressed by ensuring a favorable policy environment, providing accurate information, offering practical help and encouragement, and creating social support.

Health Services

Take advantage of the numerous opportunities to promote and support optimal breastfeeding practices in child survival, primary health care, and family planning programs.

Prenatal and Postpartum Care: Include as part of prenatal care a breast exam, a breastfeeding history, and counseling on the benefits of exclusive breastfeeding, early initiation of breastfeeding, and colostrum. Provide counseling on the Lactational Amenorrhea Method (LAM) as a family planning method. If another method is desired, encourage using one that does not interfere with breastfeeding.

Postpartum Care: Support the Ten Steps to Successful Breastfeeding (WHO/UNICEF 1989 Statement) and coordinate with "Baby-Friendly" hospitals, health facilities, organizations, and groups that promote breastfeeding. Ensure adequate postpartum follow-up for the breastfeeding mother and baby.

Health Care Facilities: Offer appropriate family planning methods for lactating women, including LAM, non-hormonal methods, and progestin-only contraceptives.

Training

Support the training of health care providers in lactation management skills, as well as curriculum modification in professional schools to include lactation management education.

Policies

Establish, enforce, and/or support policies that regulate and monitor the marketing and use of breastmilk substitutes. Set standards of care in health care institutions.

Workplace

Promote "Mother-Baby Friendly" workplaces and public locales. Advocate for family leave and the availability of appropriate areas for milk expression or breastfeeding.

Community

Promote and affiliate with community-based breastfeeding support activities: peer counselors, mother-to-mother support groups, and community education networks. Use social marketing techniques to develop effective breastfeeding messages to spread throughout the community.

Women's Nutrition

Ensure adequate nutritional status during pregnancy and lactation, as well as during adolescence and between pregnancies, to build up and maintain energy and micronutrient reserves.

Educational Materials

Ensure the availability of culturally appropriate and easily understood educational materials for adolescent girls and women of child-bearing age and their families. Messages should address concerns about water requirements of infants, mothers' doubts about the adequacy of their breastmilk, and other issues, such as employment, that may act as barriers to exclusive breastfeeding.

Facts for Feeding is a publication of the LINKAGES (Breastfeeding, Complementary Feeding, and Maternal Nutrition Program) Project. LINKAGES is supported by G/PHN/HN, Global, the United States Agency for International Development (USAID) under Cooperative Agreement No. HRN-A-00-97-00007-00. LINKAGES is managed by the Academy for Educational Development. Wellstart International contributed to the development of this publication. Updated September 2001

Faits d'Alimentation

Pratiques recommandées pour améliorer la nutrition infantile pendant les six premiers mois

Les Faits d'Alimentation fait partie d'une série de publications sur des pratiques alimentaires recommandées pour améliorer l'état nutritionnel à diverses étapes de la vie. Le présent numéro se concentre sur les six premiers mois de la vie d'un nourrisson. Les décideurs, les prestataires de soins de santé et les communicateurs peuvent utiliser ces directives pour élaborer des messages et des activités adaptés aux conditions locales.

Les évaluations locales devraient être réalisées pour juger de l'importance à accorder à chaque pratique alimentaire recommandée, pour identifier les publics les plus récepteurs aux changements et pour concevoir des messages et activités en fonction des profils des publics. L'expérience montre combien il est important de se concentrer sur un nombre limité de comportements très spécifiques afin d'améliorer la nutrition.

1 *Commencer à allaiter dans l'heure qui suit la naissance*

Allaiter de suite:

- Profite du réflexe intense de succion et de l'état alerte du nourrisson.
- Stimule la production de lait maternel.
- Sert de première immunisation pour le bébé. Le nourrisson profitera immédiatement des anticorps présents dans le colostrum (premier lait).
- Minimise l'hémorragie maternelle du post-partum.
- Renforce les liens entre la mère et l'enfant.

2 *Adopter de bonnes techniques d'allaitement (positionnement correct, attache de la bouche et alimentation effective)*

- Le bébé devrait tenu tout prêt de la mère, face au sein avec l'oreille, l'épaule et la hanche en ligne droite.
- La bouche du bébé devrait être grande ouverte juste avant de l'attacher pour que le mamelon et autant que possible de l'aréole soient dans la bouche. Si la bouche est bien attachée, les lèvres sont recourbées vers l'extérieur et la langue se trouve sur les gencives inférieures.
- Les signes d'alimentation effective sont observés : Mouvement visible de la mâchoire pour extraire le lait, tétée cadencée avec son audible quant le bébé avale le lait et pas de joues qui sont rentrées.
- Pour encourager la tétée et prévenir l'introduction de contaminants, il ne faudrait pas utiliser de biberons ou de sucettes ou petites tétines artificielles. Si une mère a raté une tétée, elle peut maintenir sa réserve en extrayant le lait au moment où elle aurait allaité. Le lait extrait peut être donné plus tard avec une tasse.

PS 031408

LINKAGES ✦ Academy for Educational Development ✦ 1825 Connecticut Avenue NW, Washington, DC 20009
Phone (202) 884-8000 ✦ Fax (202) 884-8977 ✦ E-mail linkages@aed.org

3 *Allaiter exclusivement pendant environ les six premiers mois*

- Le lait maternel est le premier aliment que doit recevoir le bébé. Il ne faut pas donner de l'eau, d'autres liquides ou des aliments rituels avant le lait maternel.
- Le lait maternel répond entièrement à tous les besoins du bébé sur le plan nourriture et liquide pendant les six premiers mois de la vie. Les nourrissons n'ont pas besoin d'eau ou d'autres liquides tels que les tisanes pour maintenir une bonne hydratation même dans les climats chauds. En donnant de l'eau, on risque d'introduire des contaminants et de diminuer l'apport en nutriments.
- Des bébés nourris exclusivement au sein courent un risque nettement moindre de souffrir de la diarrhée et des infections respiratoires aiguës que les bébés qui reçoivent d'autres aliments. Le fait de donner des aliments aux bébés avant l'âge de six mois diminue l'apport de lait maternel et interfère avec l'absorption complète des nutriments dans le lait maternel.
- L'allaitement maternel exclusif aide à retarder le retour de la fécondité.

4 *Pratiquer un allaitement fréquent sur demande y compris les tétées de la nuit*

- Les bébés devraient être allaités 8 à 12 fois par 24 heures, toutes les 2–3 heures si nécessaire, surtout pendant les premiers mois.
- L'estomac d'un bébé est petit et doit être rempli souvent. Le lait maternel est parfaitement adapté à la petite taille de l'estomac du bébé car il est facilement digéré.
- Des tétées fréquentes aident à maintenir la réserve de lait de la mère, porte au maximum l'effet contraceptif et fournit des éléments immunitaires à chaque tétée. Elles aident également à prévenir des problèmes tels que l'engorgement des seins qui peuvent décourager une mère d'allaiter.
- Si un bébé urine au moins six fois en l'espace de 24 heures, cela veut dire que le lait maternel qu'il reçoit est suffisant. Sinon, il faut lui donner plus de lait ou vérifier que la bonne technique d'allaitement est utilisée.

5 *Dans les régions où existe une carence en vitamine A, les femmes qui allaitent devraient prendre une dose élevée de suppléments de vitamine A (200 000 IU) aussi rapidement que possible après l'accouchement, dans les 8 semaines maximum qui suivent l'accouchement, pour vérifier que le lait maternel comprend suffisamment de vitamine A.*

- La concentration de vitamine A dans le lait maternel dépend de la réserve de vitamine A de la mère et des besoins changeants du bébé qui grandit. Les nourrissons prématurés et ceux nés dans des régions où existe une carence en vitamine A courent tout particulièrement le risque de souffrir d'une carence en vitamine A.
- Plus on donne rapidement une seule dose élevée de vitamine A à la mère qui allaite, plus vite s'améliore le niveau de vitamine A chez le nourrisson allaité.
- Dès la huitième semaine après l'accouchement, les femmes courent un risque accru de tomber enceinte (surtout si elles ne pratiquent pas un allaitement complet). Vu qu'une dose élevée de vitamine A peut nuire au fœtus, les femmes ne devraient plus recevoir de supplément de vitamine A en dose élevée après la huitième semaine du post-partum.

6 *Continuer l'allaitement sur demande et introduire des aliments complémentaires dès l'âge de 6 mois (voir la Faits d'Alimentation : Directives pour une alimentation complémentaire appropriée pour les enfants allaités, âgés de 6 à 24 mois)*

Avantages du lait maternel et de l'allaitement maternel

La plupart des femmes dans le monde en développement commencent à allaiter leur nourrisson mais la promotion de produits de remplacement du lait maternel, l'évolution des valeurs sociétales, l'urbanisation et la disparition des systèmes de soutien traditionnels posent autant de menaces pour l'allaitement maternel. Les avantages de l'allaitement maternel et les différences entre le lait maternel et les produits de remplacement doivent être soulignés pour renforcer le message, éduquer de nouveaux publics et maintenir le changement de comportement individuel.

Avantages nutritionnels

Le lait maternel répond à tous les besoins nutritionnels du nourrisson pendant les six premiers mois et il est d'une qualité supérieure aux produits de remplacement.

Le lait maternel change de composition pour répondre aux besoins changeants du bébé.

Le lait maternel continue à être une source importante de haute-qualité protéine, d'énergie, de vitamines (surtout de vitamine A), de minéraux et d'acides gras pour les bébés un peu plus grands et ceux qui commencent à marcher.

Avantages sanitaires

Pour les nourrissons : Le lait maternel les protège contre les maladies et renforce le système immunitaire du bébé, lui fournissant une protection à long terme contre le diabète et le cancer.

Pour les mères : L'allaitement maternel diminue le risque d'hémorragie maternelle du post-partum.

Aide l'utérus à reprendre sa taille normale.

Retarde le retour de la menstruation, aide à protéger la mère contre l'anémie en conservant ses réserves de fer.

Diminue le risque de contracter des cancers du sein ou des ovaires avant la ménopause.

Avantages sur le plan de l'espacement des naissances

Pendant les six premiers mois, un allaitement maternel fréquent et intense peut retarder la reprise de l'ovulation et le retour de la menstruation, diminuant ainsi les risques de tomber enceinte. La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) est une option de planification familiale pour les femmes qui répondent aux trois critères suivants : allaitement complet, pas de retour de menstruation et moins de six mois du post-partum. Si un des critères n'est pas rempli, une autreméthode de planification familiale doit être utilisée pour un espacement adéquat des naissances de trois ans.

Des intervalles plus longs entre les naissances favorisent la santé de la mère et de l'enfant, laissent plus de temps et de ressources pour s'occuper de l'enfant ainsi que de ses frères et sœurs et contribuent au bien-être de la famille.

La connaissance des avantages sanitaires de l'allaitement maternel ne suffit généralement pas pour motiver les femmes à adopter des pratiques optimales. Les mères ont besoin d'information spécifique appropriée du point de vue culturel qui réponde à leurs contraintes et préoccupations et qui leur permet de faire de meilleurs choix.

Avantages sur le plan psychologique et développement

L'allaitement renforce les liens entre mère et enfant ainsi que la croissance et le développement optimals, y compris le développement du cerveau.

Avantages économiques

Le lait maternel permet aux familles d'économiser les frais liés à l'achat des produits de remplacement du lait maternel et diminue les coûts des soins de santé.

Avantages pour l'environnement

L'allaitement maternel permet de conserver les ressources naturelles et diminue la pollution.

Interventions à l'appui

Les barrières freinant les pratiques améliorées d'allaitement devraient être levées en créant un contexte de politiques favorables, en apportant une information exacte, en offrant une aide et un encouragement pratiques et en créant un soutien social.

Services de santé

Profiter des nombreuses occasions de promouvoir et de soutenir les pratiques optimales d'allaitement maternel dans le cadre des programmes de survie de l'enfant, de soins de santé primaires et de planification familiale.

Soins prénatals et du post-partum : Intégrer aux services prénatals un examen des seins, la prise d'antécédents en matière d'allaitement et des conseils sur les avantages de l'allaitement exclusif, le démarrage rapide de l'allaitement et le colostrum. Fournir des conseils sur la méthode de l'allaitementmaternel et de l'aménorrhée (MAMA) en tant que méthode de planification familiale. Si une autre méthode est souhaitée, encourager toute méthode qui n'interfère pas avec l'allaitement maternel.

Formations sanitaires : Soutenir les dix étapes de l'allaitement réussi (Déclaration de l'OMS/UNICEF de 1989) et coordonner avec les hôpitaux « amis du bébé », les formations sanitaires, les organisations et les groupes qui encouragent l'allaitement maternel. Vérifier un suivi adéquat lors du post-partum pour la mère qui allaite et le bébé.

Offrir des méthodes appropriées de planification familiale pour les femmes qui allaitent, y compris MAMA, les méthodes non hormonales et les contraceptifs progestatifs.

Formation

Soutenir la formation des prestataires de soins de santé en matière de prise en charge de l'allaitement maternel et intégrer ce sujet au programme des écoles professionnelles de la santé.

Politiques

Créer, appliquer et/ou soutenir des politiques qui réglementent et suivent le marketing et l'utilisation des produits de remplacement du lait maternel. Etablir des normes de soins dans les établissements sanitaires.

Lieux du travail

Promouvoir les lieux du travail et les lieux publics « amis du bébé et de la mère. » Recommander et défendre les congés maternels et l'aménagement de coins appropriés au travail pour extraire le lait ou allaiter le bébé.

Communauté

S'associer avec des activités communautaires de soutien de l'allaitement maternel et promouvoir ce genre d'initiatives grâce aux conseillers-camarades, aux groupes de soutien des mères et aux réseaux d'éducation communautaire. Utiliser les techniques de marketing social pour mettre au point des messages efficaces sur l'allaitement maternel pouvant être diffusés dans l'ensemble de la communauté.

Nutrition des femmes

Vérifier un état nutritionnel adéquat lors de la grossesse et de l'allaitement et pendant l'adolescence et entre les grossesses afin de se constituer et de maintenir des réserves d'énergie et de micro-nutriments.

Matériel éducatif

Vérifier la disponibilité de matériel éducatif approprié du point de vue culturel et facilement compris destiné à des adolescentes et des femmes en âge de procréer ainsi qu'à leur famille. Les messages devraient répondre aux préoccupations quant à l'eau dont a besoin un nourrisson, aux doutes de la mère à propos de l'adéquation de son lait et à d'autres questions telles que l'emploi qui peuvent constituer des obstacles pour l'allaitement maternel exclusif.

USAID

Faits d'Alimentation est une publication du Projet LINKAGES (programme d'allaitement maternel, d'alimentation complémentaire et de nutrition maternelle). LINKAGES est soutenu par G/PHN/HN. Global, Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID) aux termes de l'accord de collaboration No HRN-A-00-97-00007-00. LINKAGES est géré par l'Académie pour le Développement de l'Education. Wellstart International, membre de l'équipe du projet, a contribué à la réalisation de cette publication.

Janvier 1999

AED
Academy for Educational Development

WELLSTART INTERNATIONAL

PS

Datos importantes sobre alimentatión

Prácticas recomendados para mejorar la nutrición de los lactantes durante los primeros seis meses de vida

"Datos importantes sobre alimentación" forma parte de una serie de publicaciones sobre métodos dietéticos y de alimentación para mejorar el estado nutricional en diversos puntos del ciclo de vida. Este número está dedicado a los primeros seis meses de vida del lactante. Los responsables de políticas, los proveedores de atención de salud y los comunicadores pueden usar estas pautas para preparar mensajes y actividades adecuadas a las condiciones locales.

Deben realizarse evaluaciones a nivel local para determinar la importancia que debe asignarse a cada uno de los métodos recomendados de alimentación, para identificarpúblicos que sean más receptivos al cambio, y para diseñar mensajes y actividades basadas en los perfiles del público destinatario. La experiencia ha demostrado que hacer hincapié en un conjunto limitado de comportamientos muy concretos es fundamental para mejorar la nutrición.

PS 031408

1 *Inicia la lactancia materna dentro de la hora que sigue al nacimiento*

Ventajas del inicio temprano:

- Aprovecha el intenso reflejo de succión del recién nacido y su estado alerta.
- Estimula la producción de leche materna.
- Sirve como primera inmunización para el bebé. El lactante se beneficiará de inmediato de los anticuerpos presentes en el calostro (la primera leche).
- Minimiza la hemorragia posparto de la madre.
- Fomenta el vínculo entre la madre y el niño o la niña.

2 *Establece buenas aptitudes para la lactancia materna (cómo colocar al bebé en la posición adecuada, cómo adherirlo al seno y cómo alimentarlo eficazmente)*

- El bebé debe sujetarse muy cerca de la madre, de manera que el bebé quede frente al seno, y que la oreja, los hombros y la cadera queden en línea recta.
- La boca del bebé debe estar bien abierta justo antes de adherirse al seno, de manera que el pezón y la mayor parte de la areola queden en su boca. Si el bebé está bien posicionado al seno, sus labios estarán doblas hacia afuera y la lengua descansará sobre las encías inferiores.
- Deben observarse los signos de una alimentación eficaz: movimientos visibles de la quijada extrayendo la leche, succión rítmica que produce un sonido audible cuando el bebé traga y no hay retracción de las mejillas.
- Para alentar la succión adecuada y para evitar la introducción de contaminantes, no deben usarse ni biberones ni chupetes (tetinas artificiales). Si una madre tiene que saltar una mamada, puede mantener su suministro de leche extrayendo la leche a la misma hora en que tendría que haber dado de mamar al bebé. La leche extraída puede darse más tarde al bebé usando una taza.

LINKAGES ✦ Academy for Educational Development ✦ 1825 Connecticut Avenue NW, Washington, DC 20009
Phone (202) 884-8000 ✦ Fax (202) 884-8977 ✦ E-mail linkages@aed.org

3 *Alimenta al pecho exclusivamente durante los primeros seis meses*

- La leche materna debe ser lo primero que el bebé prueba. No debe dársele ningún alimento antes de la leche materna como agua, otros líquidos, o alimentos rituales.
- La leche materna satisface completamente las necesidades nutricionales y de líquidos de un lactante durante aproximadamente los seis primeros meses de vida. Los lactantes no necesitan agua u otros líquidos como infusiones de plantas para mantener una buena hidratación, aun en climas cálidos. Los peligros potenciales de dar agua incluyen la introducción de contaminantes y la disminución de la ingesta de nutrientes.
- El riesgo de sufrir diarrea o infecciones respiratorias agudas para los lactantes alimentados exclusivamente con leche materna es mucho más bajo que el de los lactantes que reciben otros alimentos. Darle alimentos a los lactantes antes de los seis meses de edad reduce el consumo de leche materna e interfiere con la absorción total de los nutrientes de la leche.
- La alimentación exclusiva con leche materna contribuye a retrasar el retorno de la fertilidad en la madre.

4 *Amamante con frecuencia cada vez que el lactante tenga hambre, incluso durante la noche*

- Se debe alimentar a los bebés de 8 a 12 veces en 24 horas, cada 2 a 3 horas o más frecuentemente si fuese necesario, especialmente en los primeros meses.
- El estómago de un lactante es pequeño y debe llenarse a menudo. La leche materna está perfectamente adaptada al estómago pequeño del bebé porque se digiere fácilmente.
- Las mamadas frecuentes ayudan a mantener el suministro de la leche materna, a maximizar el efecto anticonceptivo y a dar factores que le dan inmunidad en cada mamada. También ayuda a prevenir problemas tales como congestión de los senos, lo que puede desalentar a la madre a amamantar.
- Si un bebé orina por lo menos seis veces en 24 horas, esto indica que la ingestión de leche materna es adecuada. De no ser así, es necesario aumentar las mamadas, o evaluar la técnica que se está usando para amamantar.

5 *En áreas donde hay carencia de vitamina A, las madres que están amamantando deben consumir una dosis alta de suplementos de vitamina A (200.000 UI) tan pronto como sea posible después del parto, pero no después de las 8 semanas postparto, para asegurar un contenido adecuado de vitamina A en la leche materna*

- La concentración de vitamina A en la leche materna depende del estado de la mujer en cuanto a vitamina A y de las necesidades en constante cambio de su bebé que está creciendo. Los lactantes nacidos antes de término y los que nacen en zonas donde hay prevalencia de carencia de vitamina A se encuentran en riesgo especial de sufrir de carencia de vitamina A.
- Mientras más temprano se administre la dosis única alta de vitamina A a una mujer que está amamantando, más pronto mejorará el estado en cuanto a vitamina A del bebé.
- Comenzando alrededor de las 8 semanas después del nacimiento, las mujeres se encuentran en riesgo más alto de quedar embarazadas (especialmente si no están alimentando a su bebé con leche materna exclusivamente). Puesto que una dosis alta de suplemento de vitamina A puede ser dañina para el feto, no debe darse a las mujeres el suplemento de alta dosis de vitamina A después de las 8 semanas del posparto.

6 *Continúe la alimentación cada vez que el lactante tenga hambre e introduzca los alimentos complementarios a partir de aproximadamente los 6 meses de edad (véase Datos importantes sobre alimentatión: Pautas para la alimentación complementaria adecuada de lactantes de 6 a 24 meses de edad)*

Beneficios de la leche materna y de la lactancia materna

Aunque la mayoría de las mujeres en los países en desarrollo inician la lactancia materna, la promoción de los substitutos de la leche materna, los valores cambiantes de la sociedad, la urbanización y la erosión de los sistemas tradicionales de apoyo plantean amenazas a la lactancia materna. Los beneficios de la lactancia materna y las diferencias entre la leche materna y los substitutos de la leche materna tienen que repetirse a objeto de reforzar el mensaje, educar a nuevos públicos, y sostener los cambios de comportamiento individuales.

Beneficios nutricionales

Satisface todas las necesidades nutricionales del lactante durante los primeros seis meses de vida y es superior a cualquier substituto.

Modifica su composición para satisfacer las necesidades cambiantes del lactante.

Sigue siendo una importante fuente de proteína de alta calidad, calorías, vitaminas, (especialmente vitamina A), minerales y ácidos grasos para lactantes mayores y preescolares.

Beneficios para la salud

Para el lactante. protege contra la enfermedad y mejora el sistema inmunitario del lactante, dándole protección a largo plazo contra la diabetes y el cáncer.

Para la madre. Reduce el riesgo para la madre de hemorragia del posparto.

Ayuda a que el útero se contraiga hasta volver a su tamaño normal.

Retrasa el retorno de la menstruación, por lo que ayuda a proteger a la madre contra la anemia al conservar el hierro.

Reduce el riesgo de que la mujer sufra de cáncer de mama o de ovario antes de la menopausia.

El conocimiento de los beneficios para la salud de la lactancia materna suele ser inadecuado para motivar a las mujeres a adoptar prácticas óptimas. Las madres necesitan información específica, culturalmente apropiada que tenga en cuenta sus limitaciones y preocupaciones para permitirles tomar mejores decisiones sobre la alimentación de su bebé.

Beneficios del espaciamiento de los nacimientos

Durante los primeros seis meses de vida del bebé, la lactancia materna frecuente e intensa puede retrasar el reinicio de la ovulación y el retorno de la menstruación, por lo que disminuye la probabilidad de embarazo. El método de lactancia y amenorrea (MELA) ofrece una opción de planificación familiar para las mujeres en las que se dan estas tres condiciones: alimentación materna exclusiva de su bebé, ausencia de la menstruación y encontrarse dentro de los seis meses que siguen al parto. Si alguna de estas condiciones no se cumple, deberá usarse otro método de planificación de la familia para asegurar el espaciamiento adecuado de los nacimientos que debe ser de tres años.

Cuando se logra un mayor intervalo entre los nacimientos se obtienen beneficios de salud para la madre y el niño o la niña; es posible contar con más tiempo y recursos para cuidar al niño y niña a sus hermanos or hermanas, y aumenta el bienestar económico de la familia.

Beneficios psicológicos y de desarrollo

Favorece el nexo entre la madre y el lactante, así como un crecimiento y desarrollo óptimos, incluido el crecimiento del cerebro.

Beneficios económicos

Ahorra a las familias el costo de comprar substitutos de la leche materna y reduce los costos de atención a la salud.

Beneficios ambientales

Conserva los recursos naturales y reduce la contaminación.

Intervenciones de apoyo

Para eliminar las barreras que se plantean al mejoramiento de las prácticas de lactancia materna es necesario contar con un entorno de políticas favorable, suministrar información exacta, brindar ayuda práctica y aliento a las madres, y crear apoyo social.

Servicios de salud

Aprovechar las numerosas oportunidades para promover y apoyar las prácticas óptimas de lactancia materna en los programas de supervivencia del niño, atención primaria de salud, y de planificación familiar.

Atención prenatal y posparto: que incluya como parte de la atención prenatal un examen de los senos, una historia de lactancia materna, y consejos sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva, del inicio temprano de la lactancia materna y administración del calostro. Dar consejos sobre el método de lactancia amenorrea (MELA) como método de planificación de la familia. Si se desea usar otro método, alentar a las madres a usar otro que no interfiera con la lactancia materna.

Establecimientos de atención a la salud: Apoyar la Declaración conjunta OMS/UNICEF de la lactancia natural, que incluye diez pasos para la lactancia materna exitosa (1989) y coordinar con la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños, establecimientos de salud, organizaciones y grupos que promueven la lactancia materna. Asegurar el seguimiento postparto adecuado para la madre que está amamantando y el bebé.

Ofrecer métodos de planificación familiar apropiados para las mujeres que están amamantando, que incluyan el método de lactancia amenorrea, métodos no hormonales, y anticonceptivos de progesterona solamente.

Capacitación

Apoyar la capacitación de proveedores de servicios de salud en habilidades de manejo de la lactancia, así como en modificación de los programas de enseñanza en las escuelas profesionales para incluir la educación sobre manejo de la lactancia.

Políticas

Establecer, aplicar o apoyar políticas que reglamenten y supervisen el mercadeo y uso de los substitutos de la leche materna. Fijar normas de atención en establecimientos de salud.

Lugar de trabajo

Promover lugares de trabajo "amigos de la madre y del bebé" y locales públicos. Fomentar las licencias familiares y lugares apropiados para extraer la leche o para dar de mamar.

Comunidad

Promover y afiliarse a actividades comunitarias de apoyo a la lactancia materna: consejeras entre pares, grupos de apoyo de madres y redes de educación comunitaria. Utilizar técnicas de mercadeo social para elaborar mensajes eficaces de lactancia materna para divulgarlos en la comunidad.

Nutrición de la mujer

Garantizar un estado nutricional adecuado durante el embarazo y la lactancia, así como durante la adolescencia y entre embarazos, para formar y mantener reservas de micronutrientes y de calorías.

Materiales educacionales

Garantizar la disponibilidad de materiales educacionales culturalmente apropiados y de fácil comprensión para las jóvenes adolescentes y mujeres en edad fértil y a sus familias. Los mensajes deben tratar las preocupaciones acerca de las necesidades de agua de los lactantes, las dudas de las madres acerca de lo adecuado de su leche, y otros asuntos, tales como el empleo, que pueden actuar como barreras a la lactancia materna exclusiva.

USAID

Datos importantes sobre alimentación es una publicación del Proyecto LINKAGES (Programa de Lactancia Materna, Alimentación Complementaria y Nutrición Materna). LINKAGES recibe el apoyo de G/PHN/HN, Global, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) de conformidad con el Acuerdo Cooperativo No. HRN-A-0097-00007-00. LINKAGES es administrado por la Academia para el Desarrollo Educativo. Wellstart International, uno de los miembros del equipo del proyecto contribuyó a la elaboración de esta publicación. Enero 1999

AED
Academy for Educational Development

WELLSTART INTERNATIONAL

PS

Facts for Feeding

Breastmilk: A Critical Source of Vitamin A for Infants and Young Children

Breastmilk is a hygienic source of energy, essential nutrients, water, immune factors, and many other components that are beneficial for infants and young children. Breastmilk protects against vitamin A deficiency. Prior to the rapid expansion of vitamin A capsule distribution programs in recent years, WHO estimated that more than 250 million preschool children were at risk of being vitamin A deficient.

Facts for Feeding is a series of publications on recommended feeding and dietary practices to improve nutritional status at various points in the life cycle. This issue was prepared in collaboration with leaders in the area of vitamin A: Helen Keller International/Headquarters, HKI/Africa, and the USAID-funded MOST Project.

Vitamin A Requirements

- Infants and young children need vitamin A for optimal health, growth, and development.
- Almost all children are born with low stores of vitamin A. During the first six months of life, mothers need to breastfeed exclusively to increase their babies' vitamin A stores.
- Starting at six months of age, vitamin A must come from breastmilk, vitamin A-rich foods, and, if needed, supplements.

Summary of Main Points

1. Breastmilk is rich in vitamin A.
2. Exclusive breastfeeding reduces infection and vitamin A losses.
3. Postpartum vitamin A supplementation of lactating women will raise breastmilk vitamin A content.
4. Promotion of exclusive breastfeeding is a strategy for preventing vitamin A deficiency.
5. Vitamin A interventions increase the benefits of breastfeeding promotion for maternal and child health and survival.

Risk of Vitamin A Deficiency

- Sub-optimal infant feeding practices reduce vitamin A intake and threaten survival, growth, and development.
- The risk of vitamin A deficiency is higher for young children whose mothers are vitamin A deficient. Maternal vitamin A deficiency results in reduced fetal stores and lower levels of vitamin A in breastmilk.
- Infants and young children who are vitamin A deficient are at an increased risk of appetite loss, eye problems, lower resistance to infections, more frequent and severe episodes of diarrhea and measles, iron deficiency anemia, and growth failure. Infections and inflammation accelerate the use and loss of vitamin A.
- The increased risk of illness leads to an increased risk of death. Studies show that in communities where vitamin A deficiency is prevalent, improving vitamin A status reduces child deaths by an average of 23 percent. Vitamin A is particularly protective against deaths due to diarrhea and measles and may reduce the severity of malaria symptoms.

PS 031408

LINKAGES ◆ Academy for Educational Development ◆ 1825 Connecticut Avenue NW, Washington, DC 20009
Phone (202) 884-8000 ◆ Fax (202) 884-8977 ◆ E-mail linkages@aed.org

Breastmilk's Contribution to the Vitamin A Status of Infants and Young Children

In the first six months of life, breastmilk protects the infant against infectious diseases that can deplete vitamin A stores and interfere with vitamin A absorption. Vitamin A intake of a breastfed child depends on the vitamin A status of the mother, the stage of lactation, and the quantity of breastmilk consumed. From birth to about six months of life, exclusive, frequent breastfeeding can provide the infant with all the vitamin A needed for optimal health, growth, and development. Breastmilk is generally higher in nutritional value than alternative foods and liquids fed to children in developing countries. Consumption of other foods decreases the amount of breastmilk consumed and may disrupt the infant's absorption of vitamins and minerals from the breastmilk. Therefore, **exclusive breastfeeding until six months of age helps ensure sufficient vitamin A intake.**

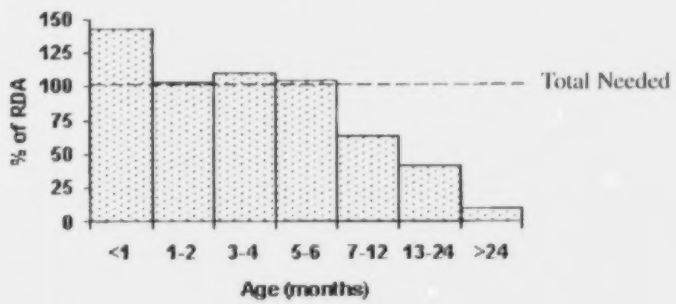
Vitamin A in the Breastmilk of Infants 0-6 Months	
Age of Child	**Source of Vitamin A**
First few days	**Colostrum** is the essential first milk produced for the newborn. Colostrum is three times richer in vitamin A and ten times richer in beta-carotene (an active precursor form of vitamin A responsible for the yellow color of colostrum) than mature milk. Because of its high levels of vitamin A, antibodies, and other protective factors, colostrum is often considered the baby's first immunization.
Around days 5 to 14	**Transitional breastmilk** contains nearly double the vitamin A of mature milk. The high vitamin A content of both colostrum and transitional milk matches the needs of the newborn.
Day 14 to six months	**Mature breastmilk** in well-nourished mothers contains an average of 250 international units (IU) of vitamin A per 100 ml. The concentration of vitamin A in the breastmilk of women in developing countries averages about half this amount. In such cases, providing mothers with a high-dose vitamin A supplement immediately after delivery can ensure that the supply of vitamin A in breastmilk is adequate to meet the infant's daily vitamin A requirement and to build stores.

Starting at six months of age, it is recommended that infants be fed **appropriate complementary foods in addition to breastmilk** for adequate growth and development.

- **Optimal breastfeeding practices are crucial to help meet the child's vitamin A needs for the first year and beyond.** In resource-poor settings, children depend on breastmilk for vitamin A and other critical nutrients. A study in rural West Africa found that breastmilk was the most important source of vitamin A for children over one year of age.
- **Breastmilk remains an important source of energy, fat, and other nutrients.** To be utilized by the body, vitamin A must be consumed with some fat. Breastmilk is richer in fat than most complementary foods and may be essential to facilitate the utilization of vitamin A present in these foods.
- **Breastmilk's protective effect against vitamin A deficiency continues throughout infancy and early childhood.** A large study in Bangladesh reported a 74 percent reduction in risk of vitamin A deficiency in breastfed children aged six months to three years as compared with non-breastfed children. This reduction in risk declined only slightly with age. Even older children (24-35 months) were 65 percent less likely to be vitamin A deficient if they were breastfed.
- Although its protective effect is greatest in the first six months of life, **breastmilk continues to offer protection against illness and death throughout early childhood.** By providing immune factors and a hygienic source of nutrition, breastfeeding protects against infections that can reduce vitamin A stores, decrease food intake, and interfere with vitamin A absorption.

Breastmilk's contribution to vitamin A status throughout the first two years and beyond is illustrated in Figure 1.

Figure 1. Percentage of the recommended dietary allowance (RDA) for vitamin A met by breastmilk in developing countries at different ages to 24 months and beyond



Sources: Newman (1993), WHO/NUT/98.1 (1998)

Figure 1 shows:

1. During the first month, breastfeeding provides an opportunity to build up stores of vitamin A.
2. After six months, complementary foods are needed to provide enough vitamin A.
3. Breastmilk continues to be a major source of vitamin A to 24 months and beyond.

Recommended Practices to Improve Vitamin A Status in Infants and Young Children

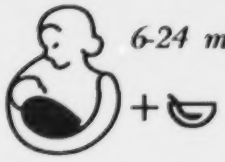
The risk of micronutrient deficiencies, while present throughout life, is heightened at different stages of the life cycle, such as infancy, early childhood, pregnancy, and lactation. Deficiencies at one stage can have immediate as well as long-term negative consequences for a woman and her child. The following recommendations focus on feeding and dietary practices at different points in the life cycle that can help to ensure optimal vitamin A status at birth and during the first years of life. These recommendations will improve pregnancy outcomes and the survival and health of infants, young children, and women.

Recommendations For Infant And Young Child Feeding

0-6 months

- **Initiate breastfeeding within about one hour of birth.** Early skin-to-skin contact between mother and newborn prevents nutrient loss associated with temperature loss. Early initiation stimulates breastmilk production, providing the newborn with colostrum that is particularly rich in vitamin A.
- **Breastfeed exclusively for the first six months.** Giving other foods or liquids reduces the consumption of vitamin A-rich breastmilk. It also increases the risk of illness associated with exposure to contaminated water, breastmilk substitutes, and feeding bottles.
- **Breastfeed frequently.** Frequent feedings help to maintain the supply of breastmilk and vitamin A.

6-24 months



- **Continue frequent, on-demand breastfeeding. Gradually introduce clean, nutrient-rich complementary foods beginning at six months.** In addition to breastmilk and other nutritious foods, feed children vitamin A-rich foods[1] daily. Red and yellow fruits and vegetables (such as ripe mangoes, orange sweet potatoes, squash, and carrots) and dark green leafy vegetables are good sources of vitamin A. Fortified foods can provide an additional source of vitamin A. Adding even small quantities of animal products rich in vitamin A (such as egg yolks, cheese, liver, and fish oils/paste) can greatly enhance vitamin A intake.
- **Breastfeed a sick child during and after illness.** Sick children will often refuse to eat but will continue to breastfeed. Breastfeeding is particularly important when a child has measles. Measles often reduces blood levels of vitamin A. Give sick children over six months of age additional food sources of vitamin A and follow national policies of therapeutic dosing with high-dose vitamin A capsules for measles, xerophthalmia,[2] chronic diarrhea, and severe malnutrition.
- **In vitamin A deficient areas, give semi-annual, high-dose vitamin A supplements starting at six months.** Provide 100,000 IU for 6-12 month olds and 200,000 IU for children over 12 months.[3]

---

[1] Some foods, particularly those of plant origin (fruits, vegetables, and oils), are rich in carotenoids and other substances that are converted to vitamin A in the body.

[2] Xerophthalmia is a term used to describe a range of eye problems resulting from vitamin A deficiency.

[3] Non-breastfed infants in vitamin A deficient areas should get 50,000 IU of vitamin A as soon after birth as possible. Some countries and nutritionists recommend that in vitamin A deficient areas, all children under six months receive periodic dosing with 50,000 IU of vitamin A at birth and at each of the immunization contacts. These recommendations are being considered by international agencies.

Recommendations for Maternal Nutrition

During pregnancy

- **Increase food and vitamin A intake.** In areas where vitamin A deficiency is common and vitamin A-rich foods are scarce, *low-dose* vitamin A supplements (less than 10,000 IU per day or 25,000 IU per week) or multiple-micronutrient supplements with appropriate levels of vitamin A may be recommended. Growing evidence points to the need for pregnant women to increase their vitamin A intake through foods and/or supplements. Studies are currently underway to examine the impact of low-dose vitamin A supplements and daily multi-nutrient supplements containing vitamin A on women's vitamin A status, maternal night blindness, maternal death, birth outcomes, and neonatal/infant health and survival.[4]

Postpartum

- **In areas where vitamin A deficiency is common, take a single high-dose (200,000 IU)[5] vitamin A capsule as soon after delivery as possible, but no later than eight weeks[6] postpartum.** This will help to build up vitamin A stores, improve the vitamin A content of breastmilk, and reduce the risk of infection in mothers and infants. A single high-dose vitamin A supplement (more than 10,000 IU per day or 25,000 IU per week) should not be taken during pregnancy because it may harm the developing fetus. Since the risk of pregnancy for lactating women is very low during the first eight weeks postpartum, this is the only time that they should take the high-dose capsule.

During lactation

- **Increase food and vitamin A intake.** Women's vitamin A requirements are highest during lactation, about 1.5 times greater than for non-pregnant, non-lactating women. Vitamin A stores vary greatly among women and may be precariously low in women whose habitual intake of the vitamin is marginal. Increased vitamin A intake is especially important when the incidence of disease and infections is high and/or food is scarce (such as during the "hungry" season before the harvest, famines, natural disasters, or conflicts).
- **Plan for a recuperative period between lactation and the next pregnancy.** Use the Lactational Amenorrhea Method (LAM)[7] and other appropriate family planning methods to ensure at least three years between births and at least six months between stopping lactation and the next pregnancy. This will protect lactation, space births, and help build up vitamin A and other micronutrient stores.

At all times

- **Diversify the diet to improve vitamin A and other micronutrient intake.** Consume animal products, if feasible. Increase daily consumption of fruits and vegetables. Use vitamin A-fortified foods, when available. If animal products, vitamin A-rich foods, and/or fortified foods are not available, supplements containing vitamin A, zinc, iron, and other nutrients may be needed. Addressing multiple deficiencies prior to pregnancy and lactation will improve women's present health and establish stores to draw upon during pregnancy and lactation.

---

[4] A recent study in Nepal showed that supplementing women with low-dose vitamin A (less than 25,000 IU) weekly before, during, and after pregnancy reduced night blindness and decreased pregnancy-related deaths by 40 percent.

[5] This recommendation is currently under review and may be increased, pending the results of ongoing research.

[6] Non-lactating mothers in vitamin A deficient areas should be given a high-dose vitamin A supplement no later than six weeks after delivery.

[7] LAM is a temporary, modern method of birth spacing. The risk of becoming pregnant is less than two percent if the following three criteria are met: 1) no return of menses, and 2) full or nearly full breastfeeding, *and* 3) less than six months postpartum.

Actions to Support Breastfeeding and Improve Vitamin A Status

National Level

- Harmonize national nutrition policies and protocol
- Formulate vitamin A/micronutrient and breastfeeding promotion policies and programs as an integral part of overall health and nutrition improvement, not as isolated activities
- Promote economic and food policies that improve the availability, access, and demand for vitamin A-rich foods
- Promote and support food fortification, giving priority to local products that can be fortified. Where food aid is used, select vitamin A-fortified foods and provide them to pregnant and lactating women, as well as to children over six months of age
- Ensure adequate stocks of vitamin A capsules

Community Level

- Work with NGOs, community outreach programs, and extension agents in all sectors to incorporate information and support for optimal infant feeding and maternal nutrition into their activities
- Establish and/or provide training to mother support groups and conduct home visits to share information and experiences on breastfeeding and complementary feeding
- Use local communication channels (mass media, schools, community events, marketplace, community-based distribution systems, etc.) to disseminate information on optimal infant feeding practices, maternal nutrition, and vitamin A
- Increase availability of vitamin A-rich foods through school and community gardens, fisheries, fruit trees, and animal husbandry (raising hens, chickens, rabbits, and other small animals)

Household Level

- Solar dry seasonal fruits and vegetables or air dry them out of direct sunlight to provide a source of vitamin A throughout the year
- Serve vitamin A-rich foods with a little fat (oil, butter, peanuts) to increase utilization by the body
- Plant home gardens with a variety of vitamin A-rich vegetables

In vitamin A deficient areas, improving vitamin A status reduces child deaths by an average of 23 percent.

Health Facility Level

Antenatal Contact

- Counsel on early initiation of breastfeeding, feeding of colostrum, and frequent, exclusive breastfeeding
- Assess nutritional status and encourage increased energy intake, a varied diet, including vitamin A-rich foods, and reduced workloads during pregnancy
- Discuss family planning options that protect lactation, including LAM
- Educate on parasite prevention, treat parasite infections, and follow national guidelines for the prevention and treatment of iron deficiency anemia

Delivery and Immediate Postpartum Contact

- Facilitate early initiation of breastfeeding, counsel on frequent and exclusive breastfeeding, help establish good breastfeeding skills (proper positioning and attachment), and refer to breastfeeding resources in the community
- Administer a single high-dose vitamin A supplement to mother (do not give for home consumption) immediately after delivery
- Assess nutritional status and counsel mother on increasing energy intake, consuming a varied and vitamin A-rich diet, and reducing workload throughout lactation
- Discuss family planning options that protect lactation, including LAM

Postnatal Contact

- Assess breastfeeding practices and encourage and support exclusive breastfeeding for six months
- Provide maternal nutrition counseling, reinforcing the need for increased energy intake, a varied and vitamin A-rich diet, and reduced workload
- Administer a single high-dose vitamin A supplement to a lactating woman if she is still within the eight-week postpartum period and has not yet received it
- Discuss family planning options that protect lactation, including LAM
- Educate on parasite prevention, treat parasite infections, and follow national guidelines for the prevention and treatment of iron deficiency anemia

Well-baby Contact (Growth Monitoring and Immunizations)

- Provide nutrition assessment and counseling, reinforcing the mother's need for increased energy intake, a varied and vitamin A-rich diet, and reduced workload
- Counsel on exclusive breastfeeding, timing for the introduction of appropriate complementary foods, the importance of vitamin A-rich foods in the child's diet, and practical ways of enriching the child's diet using local foods
- Check and complete vitamin A supplementation protocols for older infants and young children
- Check and complete mother's vitamin A supplementation (if within eight weeks postpartum)
- Discuss family planning options that protect lactation, including LAM
- Administer 50,000 IU vitamin A supplement to non-breastfed infant under six months at the first contact

Sick Child Contact

- Assess and counsel on breastfeeding and adequate and appropriate complementary feeding during and after illness
- Check and complete vitamin A supplementation protocols; follow national policies of therapeutic dosing with high-dose vitamin A capsules for measles, xerophthalmia, chronic diarrhea, and severe malnutrition

References and Resources

ACC/SCN. *Fourth Report on the World Nutrition Situation.* Geneva: ACC/SCN in collaboration with IFPRI, 2000.

Beaton GH et al. *Effectiveness of vitamin A supplementation in the control of young child morbidity and mortality in developing countries.* ACC/SCN State-of-the- Art Series: Nutrition Policy Discussion Paper No. 13. Geneva: United Nations, 1993.

Christian P et al. Vitamin A or beta-carotene supplementation reduces but does not eliminate maternal night blindness in Nepal. *J Nutr* 1998 Sep; 128(9):1458-63.

Haskell MJ, Brown KH. Maternal vitamin A nutriture and the vitamin A content of human milk. *J Mammary Gland Biol Neoplasia* 1999; 4(3):243-257.

International Vitamin A Consultative Group. *IVACG Statement on maternal night blindness: Extent and associated risk factors.* Washington, DC: ILSI Research Foundation, 1997.

LINKAGES Project. *The case for promoting multiple vitamin/mineral supplements for women of reproductive age in developing countries.* Washington, DC: AED, 1998.

LINKAGES Project. *Recommended feeding and dietary practices to improve infant and maternal nutrition.* Washington, DC: AED, 1999.

Mahalanabis D. Breast feeding and vitamin A deficiency among children attending a diarrhoea centre in Bangladesh: A case-control study. *BMJ* 1991; 303:493-496.

Newman V. *Vitamin A and breastfeeding: A comparison of data from developed and developing countries.* San Diego: Wellstart, 1993.

Prentice A, Paul AA. Contribution of breastmilk to nutrition during prolonged breastfeeding. In: Atkinson SA, Hanson LA, Chandra RK (eds). *Breastfeeding, nutrition, infection and infant growth in developed and emerging countries.* St. John's, Newfoundland, Canada: ARTS Biomedical Publishers, 1990:87-101.

Rice AL et al. Maternal vitamin A or b-carotene and supplementation in lactating Bangladeshi women benefits mothers and infants but does not prevent subclinical deficiency. *J Nutr* 1999; 129(2):356-365.

Shankar AH et al. Effect of vitamin A supplementation on morbidity due to Plasmodium falciparum in young children in Papua New Guinea: A randomised trial. *The Lancet* 1999; 354:203-209.

Sommer A, West KP. *Vitamin A deficiency: Health, survival, and vision.* New York: Oxford University Press, 1996.

Stoltzfus RJ, Underwood BA. Breast-milk vitamin A as an indicator of the vitamin A status of women and infants. *Bull WHO* 1995; 73(5):703-711.

Stoltzfus RJ. High-dose vitamin A supplementation of breast-feeding Indonesian mothers: Effects on the vitamin A status of mother and infant. *J Nutr* 1993; 123(4):666-675.

Underwood BA. Maternal vitamin A status and its importance in infancy and early childhood. *Am J Clin Nutr* 1994; 59(Supplement 2):517S-522S.

West KP et al. Double blind, cluster randomised trial of low dose supplementation with vitamin A or beta carotene on mortality related to pregnancy in Nepal. The NNIPS-2 Study Group. *BMJ* 1999 Feb 27; 318(7183):570-5.

World Health Organization. *Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge* (WHO/NUT/98.1). Geneva: WHO, 1998.

World Health Organization. *Safe vitamin A dosage during pregnancy and lactation: Recommendations and report of a consultation.* WHO/NUT/98.4. Geneva; WHO, 1998.

For more information visit our website at www.linkagesproject.org
or contact us: e-mail: linkages@aed.org
phone: (202) 884-8221
fax: (202) 884-8977

Facts for Feeding is a publication of LINKAGES: Breastfeeding, LAM and Related Complementary Feeding and Maternal Nutrition Program. LINKAGES is supported by G/PHN/HN, the United States Agency for International Development (USAID) under the terms of Grant No. HRN-A-00-97-00007-00 and is managed by the Academy for Educational Development. The opinions expressed herein are those of the authors and do not necessarily reflect the views of USAID.

Updated October 2001

PS

Faits d'Alimentation

Le lait maternel : une source essentielle de vitamine A pour le nourrisson et le jeune enfant

Le lait maternel est une source d'énergie, de nutriments essentiels, d'eau salubre, de facteurs immunitaires et de nombreuses autres composantes qui sont bénéfiques au nourrisson et au jeune enfant. Le lait maternel protège contre la carence en vitamine A. Avant l'expansion rapide, ces dernières années, des programmes de distribution des capsules de vitamine A, l'OMS estimait que plus de 250 millions d'enfants d'âge préscolaire étaient exposés au risque de carence en vitamine A.

Besoins en vitamine A

- Les nourrissons et les jeunes enfants ont besoin de vitamine A car elle optimalise leur santé, croissance et développement.
- Presque tous les enfants naissent avec de faibles réserves de vitamine A. Pendant les six premiers mois de la vie, les mères doivent pratiquer l'allaitement maternel exclusif pour augmenter les réserves de vitamine A de leur bébé.
- Dès l'âge de six mois, la vitamine A doit provenir du lait maternel, des aliments riches en vitamine A et, si c'est nécessaire, de suppléments.

Récapitulatif des points saillants

1. Le lait maternel est riche en vitamine A.
2. L'allaitement maternel exclusif réduit les risques d'infection et les pertes de vitamine A.
3. L'apport en suppléments de vitamine A pendant le post-partum pour les mères qui allaitent augmente le contenu en vitamine A dans le lait maternel.
4. La promotion de l'allaitement maternel exclusif est une stratégie permettant de prévenir la carence en vitamine A.
5. Les interventions de vitamine A renforcent les avantages de la promotion de l'allaitement maternel pour la santé et la survie de la mère et de l'enfant.

Faits d'alimentation est une séric de publications sur des pratiques d'alimentation recommandées pour améliorer l'état nutritionnel à divers moments du cycle de la vie. Le présent numéro a été préparé en collaboration avec les organisations chef de file dans le domaine de la vitamine A : Helen Keller International (HKI)/siège, HKI/Afrique et le Projet MOST financé par l'USAID.

Risque de Carence en Vitamine A

- Des pratiques d'alimentation du nourrisson qui ne sont pas optimales réduisent l'apport en vitamine A et menacent la survie, la croissance et le développement de l'enfant.
- Le risque de carence en vitamine A est plus élevé chez les enfants dont les mères manquent de vitamine A. La carence en vitamine A chez la mère explique les faibles réserves du fœtus et les niveaux réduits de vitamine A dans le lait maternel.
- Les nourrissons et les jeunes enfants qui manquent de vitamine A courent un risque accru de connaître les problèmes suivants : perte d'appétit, problèmes oculaires, résistance moindre aux infections, épisodes diarrhéiques plus graves et plus fréquents, rougeole, anémie ferriprive et retard de croissance. Les infections et les inflammations accélèrent l'utilisation et la perte de vitamine A.
- Le risque accru de maladie entraîne un risque plus grand de mortalité. Les études montrent que, dans les communautés où la carence en vitamine A est courante, l'amélioration des réserves de vitamine A diminue les décès infantiles d'une moyenne de 23%. La vitamine A protège notamment contre les décès imputables à la diarrhée et à la rougeole et peut réduire la gravité des symptômes du paludisme.

PN-ACD-408

LINKAGES ◆ Académie pour le Développement de l'Education ◆ 1825 Connecticut Avenue NW, Washington, DC 20009
Phone (202) 884-8000 ◆ Fax (202) 884-8977 ◆ Courrier électronique linkages@aed.org ◆ Site web www.linkagesproject.org

Le lait maternel augmente les réserves de vitamine A chez les nourrissons et les jeunes enfants

Pendant les six premiers mois de la vie, le lait maternel protège le nourrisson contre les maladies infectieuses qui peuvent épuiser les réserves de vitamine A et interférer avec l'absorption de la vitamine A. Les apports en vitamine A chez l'enfant allaité dépendent des réserves de vitamine A chez la mère, de l'étape de l'allaitement et de la quantité de lait maternel consommé. De la naissance jusqu'à l'âge de six mois environ, un allaitement maternel exclusif et fréquent apporte au nourrisson toute la vitamine A nécessaire pour favoriser au maximum ses chances de croissance, développement et santé. Le lait maternel compte généralement une valeur nutritive plus élevée que les autres aliments et liquides donnés aux nourrissons dans des pays en développement. La consommation d'autres aliments diminue la quantité de lait maternel consommé et peut freiner l'absorption par le nourrisson de vitamines et de minéraux qui se trouvent dans le lait maternel. Par conséquent, **un allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois aide à garantir un apport suffisant en vitamine A.**

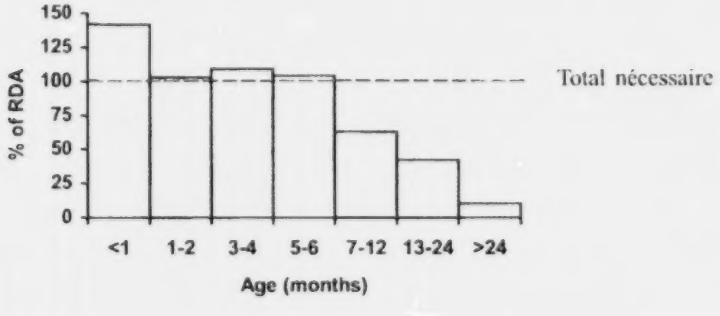
Vitamine A dans le lait maternel que reçoivent les nourrissons de 0-6 mois	
Age de l'enfant	**Source de la vitamine A**
Premiers jours	**Le colostrum** est le premier lait essentiel produit pour le nouveau-né. Le colostrum est trois fois plus riche en vitamine A et dix fois plus riche en carotène (précurseur actif de la vitamine A responsable de la couleur jaune du colostrum) que le lait mûr. Vu ses niveaux élevés de vitamine A, d'anticorps et d'autres facteurs de protection, le colostrum est souvent considéré comme la première vaccination du bébé.
Autour de 5 à 14 jours	**Le lait maternel de transition** contient presque le double de vitamine A comparé au lait mûr. Le contenu élevé de vitamine A tant dans le colostrum que le lait de transition répond aux besoins du bébé.
Du 14e jour à six mois environ	**Le lait maternel mûr** chez des mères bien nourries contient en moyenne 250 unités internationales (UI) de vitamine A pour 100 ml. La concentration de vitamine A dans le lait maternel de femmes dans les pays en développement est d'environ la moitié de cette quantité. Dans de tels cas, le fait de fournir aux mères un supplément de vitamine A en dose élevée (200.000 UI) immédiatement après l'accouchement permet de s'assurer que le lait maternel contient suffisamment de vitamine A pour répondre aux besoins quotidiens de vitamine A du nourrisson et pour mettre en place des réserves.

Dès l'âge de six mois environ, l'on recommande de donner aux nourrissons des **aliments complémentaires appropriés en plus du lait maternel** pour une bonne croissance et un développement adéquat.

- **Les pratiques optimales d'allaitement maternel sont d'importance capitale pour aider à répondre aux besoins en vitamine A de l'enfant pendant la première année et au-delà.** Dans les contextes où les ressources sont modiques, les enfants dépendent du lait maternel pour la vitamine A et d'autres micronutriments d'importance critique. Une étude faite dans des zones rurales de l'Afrique de l'Ouest indique que le lait maternel est la source la plus importante de vitamine A pour des enfants de plus d'un an.
- **Le lait maternel reste une source importante d'énergie, de matières grasses et d'autres nutriments.** Pour qu'elle puisse être utilisée par le corps, la vitamine A doit être consommée avec des matières grasses. Le lait maternel est plus riche en matières grasses que les aliments complémentaires et il joue probablement un rôle essentiel pour faciliter l'utilisation de la vitamine A présente dans ces aliments.
- **L'effet protecteur du lait maternel contre la carence en vitamine A continue tout au long de prime enfance et de la jeune enfance.** Une étude importante faite au Bangladesh signale une réduction de 74% du risque de carence en vitamine A chez des enfants allaités au sein âgés de six mois à trois ans comparés à des enfants non allaités. Cette réduction du risque ne diminue que légèrement avec l'âge. Même des enfants plus âgés (24 –35 mois) étaient 65% moins susceptibles d'avoir une carence en vitamine A s'ils étaient allaités.
- **Le lait maternel continue à conférer une protection contre la maladie et la mort tout au long de la jeune enfance,** même si l'effet protecteur est le plus important pendant les six premiers mois. Parce qu'il fournit des facteurs immunitaires et une source salubre de nutrition, le lait maternel protège contre les infections qui peuvent diminuer les réserves de vitamine A, les apports alimentaires et entraver l'absorption de vitamine A.

La Figure 1 indique la contribution que fait le lait maternel au niveau de vitamine A pendant les deux premières années et au-delà.

Figure 1 : Pourcentage de l'apport alimentaire recommandé pour la vitamine A satisfait par le lait maternel dans des pays en développement selon l'âge de l'enfant.



La Figure indique que :

1. Pendant le premier mois, l'allaitement maternel permet de constituer des réserves de vitamine A.
2. Après six mois, des aliments complémentaires sont nécessaires pour fournir suffisamment de vitamine A.
3. Le lait maternel continue à être une source très importante de vitamine A jusqu'à l'âge de 24 mois et au-delà.

Pratiques recommandées pour améliorer le niveau de vitamine A chez le nourrisson et le jeune enfant

Le risque de carences en micronutriments, même s'il existe tout au long de la vie, est plus prononcé à différentes étapes du cycle de la vie, notamment lors de la prime enfance, de la jeune enfance, de la grossesse et de l'allaitement. Des carences à une étape peuvent avoir des conséquences négatives immédiates et dans le long terme pour une femme et son enfant. Les recommandations suivantes se concentrent sur la nutrition et les pratiques alimentaires à différents moments du cycle de vie. Elles aident à garantir un niveau optimal de vitamine A à la naissance et pendant les premières années de la vie et elles renforcent les chances d'avoir une grossesse saine et favorisent la survie et la santé des nourrissons, des jeunes enfants et des femmes.

Recommandations pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

0-6 mois

- **Démarrer l'allaitement maternel dans l'heure qui suit la naissance.** Un contact de suite, peau à peau, entre la mère et le nouveau-né, évite les pertes de nutriments dues à la perte de température. Le fait de démarrer l'allaitement maternel de suite stimule la production de lait maternel et ainsi, le nouveau-né reçoit le colostrum qui est particulièrement riche en vitamine A.
- **Allaiter exclusivement pendant les six premiers mois.** Le fait de donner d'autres aliments et liquides réduit la consommation de lait maternel riche en vitamine A. Cela augmente également le risque de maladie car le bébé est exposé à diverses sources de contamination dont l'eau, les substituts du lait maternel et les biberons.
- **Allaiter fréquemment.** Des tétées fréquentes aident à maintenir la production de lait maternel et l'apport en vitamine A.

6-24 mois

- **Continuer l'allaitement maternel fréquent sur demande. Introduire progressivement des aliments complémentaires propres et riches en nutriments aux alentours de six mois.** Outre le lait maternel et d'autres aliments nutritifs, il faut donner aux enfants tous les jours des aliments riches en vitamine A.[1] Des fruits et légumes rouges et jaunes (par exemple, les mangues mûres, les patates douces de couleur orange, les courgettes et les carottes) ainsi que les légumes avec des feuilles d'un vert foncé sont de bonnes sources de vitamine A. Les aliments enrichis peuvent fournir une source supplémentaire de vitamine A. Le fait d'ajouter ne serait-ce que des petites quantités de produits animaux riches en vitamine A (par exemple, les jaunes d'œuf, le fromage, le foie et les huiles de poisson) renforce très nettement l'apport en vitamine A.
- **Allaiter l'enfant pendant et après la maladie.** Souvent, des enfants malades refusent de manger mais continuer de téter. L'allaitement est particulièrement important quand un enfant a la rougeole car cette maladie diminue les niveaux de vitamine A dans le sang. Les enfants malades de plus de six mois ont besoin de sources alimentaires supplémentaires de vitamine A. On suivra également pour ces enfants les politiques nationales concernant les doses thérapeutiques à base de capsules de vitamine A à dose élevée en cas de rougeole, xérophtalmie[2], diarrhée chronique et malnutrition grave.
- **Dans les régions où la carence en vitamine A est fréquente, donner des suppléments semi-annuels de vitamine A en dose élevée dès l'âge de six mois.** Fournir 100 000 UI pour des enfants de 6 à 12 mois et 200 000 UI pour des enfants de plus de 12 mois.[3]

Recommandations pour la nutrition maternelle

Pendant la grossesse

- **Augmenter les apports alimentaires et de vitamine A.** Dans les régions où l'avitaminose A est courante et où les aliments riches en vitamine A sont rares, l'on peut recommander des suppléments de vitamine A *de faible dose* (moins de 10 000 UI par jour ou 25 000 UI par semaine) ou alors des suppléments avec de multiples micronutriments. De plus en plus faits montrent que les femmes enceintes doivent augmenter leur apport de vitamine A par le biais d'aliments et/ou de suppléments. Des études sont en cours actuellement pour examiner l'effet de suppléments de vitamine A en faible dose et de suppléments quotidiens de multiples nutriments avec de la vitamine A sur les réserves de vitamine A des femmes, la cécité nocturne chez la mère, le décès maternel, les problèmes au moment de la naissance et la santé et survie néonatales ou du nourrisson.[4]

Post-partum

- **Dans les régions où la carence en vitamine A est courante, prendre une seule capsule de vitamine A en dose élevée (200 000 UI)[5] aussi vite que possible après l'accouchement dans les huit semaines[6] maximum suivant l'accouchement.** Cela aidera à constituer des réserves de vitamine A, à améliorer le contenu en vitamine A dans le lait maternel et à réduire le risque d'infection chez la mère et l'enfant. La dose élevée et unique de vitamine A (plus de 10 000 UI par jour ou 25 000 UI par semaine) ne doit pas être prise pendant la grossesse car elle peut nuire au fœtus. Vu que le risque de grossesse pour les femmes qui allaitent est très faible pendant les huit premières semaines du post-partum, c'est le seul moment où elles devraient prendre la capsule de dose élevée.

Pendant l'allaitement

- **Augmenter les apports alimentaires et de vitamine A.** Les besoins en vitamine A des femmes sont les plus élevés au moment de l'allaitement, environ 1,5 plus élevés que chez les femmes non enceintes et non allaitantes. Les réserves de vitamine A varient grandement d'une femme à l'autre et elles peuvent être très faibles chez les femmes dont l'apport habituel de cette vitamine est marginal. Un apport accru de vitamine A est surtout important quand l'incidence de maladies et d'infections est élevée et/ou que les aliments riches en vitamine A sont rares (par exemple, au moment de la période de soudure avant la moisson, lors de famine, de catastrophes naturelles ou de conflits).
- **Prévoir une période de récupération entre l'allaitement et la prochaine grossesse.** Utiliser la méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée (MAMA)[7] et d'autres méthodes appropriées d'espacement des naissances pour laisser au moins trois ans entre les naissances et six mois au moins entre la fin de l'allaitement et la prochaine grossesse. Cela protège l'allaitement, rallonge l'espacement entre les naissances et permet de constituer des réserves de vitamine A et d'autres micronutriments.

A tous les moments

- **Diversifier le régime alimentaire pour améliorer les apports en vitamine A et autres micronutriments**. Si c'est possible, il faut consommer des produits animaux. Augmenter la consommation quotidienne de fruits et légumes. Utiliser des aliments enrichis en vitamine A s'ils sont disponibles. Si des produits animaux, des aliments riches en vitamine A et/ou des aliments enrichis ne soint pas disponibles, il faudrait prendre des suppléments avec de la vitamine A, du zinc, du fer et d'autres nutriments. En remédiant aux multiples carences avant la grossesse et l'allaitement, on améliore la santé présente des femmes et on met en place des réserves dans lesquelles elle pourra puiser pendant la grossesse et l'allaitement.

Mesures pour soutenir l'allaitement maternel et améliorer le niveau de vitamine A

Niveau national

- Harmoniser les politiques et les protocoles nationaux en matière de nutrition
- Formuler des politiques et programmes de promotion de la vitamine A/micronutriments et de l'allaitement maternel
- Promouvoir des politiques économiques et alimentaires qui améliorent la disponibilité, l'accès et la demande pour des aliments riches en vitamine A
- Promouvoir et soutenir l'enrichissement alimentaire, en donnant la priorité aux produits locaux qui peuvent être enrichis. Quand on utiliser l'aide alimentaire, il faut choisir des aliments enrichis en vitamine A et les donner aux femmes enceintes et allaitantes ainsi qu'aux enfants de plus de six mois.
- Vérifier qu'il existe des stocks suffisants de capsules de vitamine A.

Niveau communautaire

- Travailler avec des ONG, des programmes communautaires et des agents de vulgarisation/ animateurs communautaires de tous les secteurs pour intégrer à leurs activités une information et un soutien pour une alimentation et nutrition optimales du bébé et de la mère.
- Apporter une formation aux groupes de soutien des mères et réaliser des visites à domicile pour partager information et expérience sur l'allaitement maternel et l'alimentation complémentaire.
- Utiliser des canaux locaux de communication (mass médias, événements communautaires, places du marché, systèmes de distribution à base communautaire, etc.) pour diffuser l'information sur les pratiques optimales concernant l'alimentation du nourrisson, la nutrition maternelle et la vitamine A.
- Accroître la disponibilité d'aliments riches en vitamine A par le biais des jardins scolaires et communautaires, de la pêche, des arbres fruitiers et de l'élevage (élevage de poulets, de lapins et d'autres petits animaux)

Niveau familial

- Sécher au soleil des fruits et légumes saisonniers or les sécher à l'air hors de la lumière directe du soleil pour disposer d'une source de vitamine A pendant toute l'année.
- Servir des aliments riches en vitamine A avec un peu de graisse (huile, beurre, arachide) pour favoriser l'absorption par le corps
- Planter des jardins avec divers légumes riches en vitamine A.

Dans les régions où il existe une carence en vitamine A, l'amélioration du niveau de vitamine A diminue de 23 % en moyenne les décès infantiles.

Niveau de l'établissement sanitaire

Contact prénatal

- Donner des conseils sur le démarrage rapide de l'allaitement maternel, le fait de donner le colostrum et de pratiquer l'allaitement maternel exclusif
- Evaluer l'état nutritionnel et encourager un apport accru d'énergie, un régime alimentaire diversifié avec des aliments riches en vitamine A et diminuer la charge de travail pendant la grossesse
- Discuter des options d'espacement des naissances qui protègent l'allaitement dont la méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée (MAMA)
- Informer sur la prévention des parasites, traiter les infections parasitaires et suivre les directives nationales pour la prévention et le traitement de l'anémie ferriprive

Contact lors de l'accouchement et du post-partum immédiat

- Faciliter le démarrage immédiat de l'allaitement, donner des conseils pour un allaitement fréquent et exclusif, aider à adopter de bonnes techniques d'allaitement (positionner correctement le bébé) et orienter vers les groupes de soutien de l'allaitement
- Administrer une seule dose élevée de vitamine A (200.000 UI) à la mère (ne pas remettre pour consommation à domicile) immédiatement après l'accouchement
- Evaluer l'état nutritionnel et conseiller la mère quant à l'apport accru d'énergie, la consommation d'une nourriture variée et riche en vitamine A et la réduction de la charge de travail pendant l'allaitement
- Discuter des options en matière d'espacement des naissances qui protègent l'allaitement dont la MAMA

Contact postnatal

- Evaluer les pratiques relatives à l'allaitement maternel et encourager et soutenir l'allaitement maternel exclusif pendant six mois
- Fournir des conseils sur la nutrition maternelle, soulignant le besoin d'un apport plus important en énergie, d'un régime alimentaire varié riche en vitamine A et d'une charge de travail moindre
- Administrer un supplément de vitamine A en dose unique élevée (200.000 UI) à la femme qui allaite si elle est encore dans les huit premières semaines du post-partum et si elle n'a pas encore reçu ce supplément
- Discuter des options d'espacement des naissances qui protègent l'allaitement dont la MAMA
- Informer sur la prévention des parasites, traiter les infections parasitaires et suivre les directives nationales pour la prévention et le traitement de l'anémie ferriprive

Contact lors des consultations pour bébé (suivi de la croissance et vaccinations)

- Faire une évaluation nutritionnelle et donner des conseils en matière de nutrition, en insistant sur le fait que la mère a besoin d'un apport plus grand en énergie, d'un régime alimentaire diversifié et riche en vitamine A et qu'il faut diminuer sa charge de travail
- Donner des conseils sur l'allaitement maternel exclusif, le bon moment pour l'introduction d'aliments complémentaires appropriés, l'importance d'aliments riches en vitamine A dans le régime alimentaire de l'enfant et de manières pratiques dont on peut enrichir la nourriture de l'enfant en utilisant des aliments locaux
- Faire un bilan et administrer les protocoles de supplémentation en vitamine A pour les jeunes enfants
- Faire un bilan et administrer les protocoles de supplémentation en vitamine A pour la mère (si elle est encore aux premières huit semaines du post-partum)
- Discuter des options d'espacement des naissances qui protègent l'allaitement dont la MAMA
- Administrer 50 000 UI de supplément de vitamine A au nourrisson non allaité de moins de six mois lors du premier contact

Contact avec l'enfant malade

- Faire un bilan et donner des conseils sur l'allaitement maternel et une alimentation complémentaire adéquate et appropriée pendant et après la maladie
- Faire un bilan et administrer les protocoles de supplémentation en vitamine A ; suivre les politiques nationales définissant les schémas thérapeutiques avec capsule de doses élevées en cas de rougeole, xérophtalmie, diarrhée chronique et malnutrition grave

Références et ressources

ACC/SCN. *Fourth Report on the World Nutrition Situation*. Genève. ACC/SCN en collaboration avec IFPRI, 2000.

Beaton GH et al. *Effectiveness of vitamin A supplementation in the control of young child morbidity and mortality in developing countries*. ACC/SCN State-of-the-Art Series: Nutrition Policy Discussion Paper No 13. Genève, Nations Unies, 1993.

Christian P et al. Vitamin A or beta-carotene supplementation reduces but does not eliminate maternal night blindness in Nepal. *J Nutr* 1998 Sep; 128(9): 1448-63.

Haskell MJ, Brown KH. Maternal vitamin A nutrition and the vitamin A content of human milk. *J Mammary Gland Biol Neoplasia* 1999; 4(3): 243-257.

International Vitamin A Consultative Group. IVACG *Statement on maternal night blindness: Extent and associated risk factors*. Washington, DC:ILSI Research Foundation, 1997.

LINKAGES Project. *The case for promoting multiple vitamin/mineral supplements for women of reproductive age in developing countries*. Washington, DC: AED, 1998.

LINKAGES Project. *Recommended feeding and dietary practices to improve infant and maternal nutrition*. Washington, DC: AED, 1999.

Mahalanabis D. Breast feeding and vitamin A deficiency among children attending a diarrhoea center in Bangladeh: A case-control study. BMJ 1991; 303:493-496.

Newman V. *Vitamin A and breastfeeding: A comparison of data from developed and developing countries*. San Diego: Wellstart, 1993.

Prentice A. Paul. AA. Contribution of breastmilk to nutrition during prolonged breatfeeding. In: Aktinson SA, Hanson LA, Chandra RK (eds). *Breastfeeding, nutrition, infection and infant growth in developed and emerging countries*. St. John's, Newfoundland, Canada : ARTS Biomedical Publishers, 1990:87-101.

Rice AL et al. Maternal vitamin A or b-carotene and supplementation in lactating Bangladeshi women benefits mothers and infants but does not prevent subclinical deficiency. *J. Nutr* 1999; 129(2):356-365.

Shankar AH etal. Effect of vitamin A supplementation on morbidity due to Plasmodium falciparum in young children in Papua New Guinea: A randomized Trial. *The Lancet 1999*; 354:203-209.

Sommer A, West KP. *Vitamin A deficiency : Health, survival, and vision*. New York: Oxford University Press, 1996.

Stolzfus RJ, Underwood BA. Breast-milk vitamin A as an indicator of the vitamin A status of women and infants. *Bul WHO* 1995; 73 (5): 703-711.

Stolzfus RJ. High dose vitamin A supplementation of breast-feeding Indonesian mothers: Effects on the vitamin A status of mother and infant. *J. Nutr* 1993; 123 (4): 666-675.

Underwood BA. Maternal vitamin A status and its importance in infancy and early childhood. *Am J Clin Nutr* 1994; 59 (supplement 2) : 5178-5228.

West KP et al. Double Bind, cluster randomized trial of low dose supplementation with vitamin A or beta carotene on mortality related to pregnancy in Nepal. The NNIPS-2 Study Group. BMJ 1999 février 27; 318 (7183): 570-5.

World Health Organization. *Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge* (WHO/NUT/98.1). Genève: WHO, 1998.

World Health Organization. *Safe vitamin A dosage during pregnancy and lactation: Recommandations and report of a consultation*. WHO/NUT/98.4. genève; WHO, 1998.

[1] Certains aliments, surtout ceux d'origine végétale comme les fruits, légumes et huile, sont riches en caroténoïdes et autres substances qui sont converties en vitamine A dans le corps.

[2] La xérophtalmie est un terme utilisé pour décrire divers problèmes de visions imputables à la carence en vitamine A.

[3] Les enfants qui ne sont pas allaités dans les régions où existe une carence en vitamine A devraient recevoir 50 000 UI de vitamine A aussi rapidement que possible après la naissance. Certains pays et nutritionnistes recommandent que les régions avec avitaminose A, tous les enfants de moins de 6 mois reçoivent des doses périodiques de 50 000 UI de vitamine A à la naissance et lors de chaque contact de vaccination. Ces recommandations sont en train d'être étudiées par les organisations internationales.

[4] Une étude récente au Népal a montré que la distribution de suppléments de vitamine A à la mère (en dose inférieure à 25 000 UI par semaine) avant, pendant et après la grossesse a permis de réduire de 40% les cas de cécité nocturne et les décès dus à la grossesse.

[5] Cette recommandation est à l'étude actuelle et pourrait être augmentée suivant les résultats de la recherche en cours.

[6] Les mères qui n'allaitent pas dans des régions où il existe une carence en vitamine A devraient recevoir un supplément de vitamine A en dose élevée dans les six semaines maximum suivant l'accouchement.

[7] MAMA est une méthode moderne temporaire d'espacement des naissances. Le risque de tomber enceinte est moins de deux pour cent si les trois critères suivants sont satisfaits : 1) pas de retour de couches, 2) allaitement maternel exclusif ou quasi-exclusif et 3) être à moins de six mois du post-partum.

Pour plus d'informations, consulter notre site web à l'adresse suivante : www.linkagesproject.org

ou prendre contact par courrier électronique : **e-mail: linkages@aed.org**

téléphone: (202) 884-8221 • fax: (202) 884-8977

Faits d'Alimentation est une publication du Projet LINKAGES (programme d'allaitement maternel, d'alimentation complémentaire et de nutrition maternelle). LINKAGES est soutenu par G/PHN/HN, Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID) aux termes de l'accord de collaboration No HRN-A-00-97-00007-00. LINKAGES est géré par l'Académie pour le Développement de l'Education.

Août 2000

PS

Factos sobre a alimentação

O Leite Materno: uma fonte essencial de vitamina A para os recém-nascidos e as crianças pequenas

O leite materno é uma fonte higiénica de energia, de nutrientes essenciais, água, factores imunológicos, e muitos outros componentes que beneficiam os recém-nascidos e as crianças pequenas. O leite materno protege contra a deficiência de vitamina A. Antes da rápida expansão do programa de distribuição de vitamina A, nos últimos anos, a OMS estimava que mais de 250 milhões de crianças com idade pré-escolar estavam em risco de sofrer de deficiência de vitamina A.

As Necessidades de vitamina A

- Os recém-nascidos e as crianças pequenas precisam de vitamina A para que serem saudáveis e para que tenham um crescimento e um desenvolvimento harmoniosos.
- Quase todas as crianças nascem com baixas reservas de vitamina A. Durante os primeiros 6 meses de vida, as mães devem amamentar exclusivamente, para aumentar as reservas de vitamina A nos bebés.
- A partir dos 6 meses de idade, a vitamina A da dieta da criança deve vir do leite materno e também de alimentos ricos em vitamina A e se necessário de suplementos alimentares.

Sumário dos principais pontos

1. O leite materno é rico em vitamina A.
2. O aleitamento materno exclusivo reduz as infecções e as perdas de vitamina A.
3. A suplementação das mulheres lactantes no pós-parto com vitamina A irá aumentar os níveis de vitamina A no leite materno.
4. A promoção do aleitamento materno exclusivo é uma estratégia de prevenção da deficiência de vitamina A.
5. As intervenções de vitamina A aumentam os benefícios da promoção do aleitamento materno para a saúde e a sobrevivência da mãe e da criança.

Factos sobre a alimentação faz parte de uma série de publicações com recomendações sobre práticas alimentares e dietéticas que melhoram o estado nutricional ao longo dos vários pontos do ciclo de vida. Este documento foi preparado com a colaboração de especialistas que lideram a investigação na área da vitamina A: a Helen Keller International (HKI)/Central, o HKI/África, e o Projecto MOST, que é financiado pela USAID.

O Risco de deficiência de vitamina A

- As práticas erradas de alimentação infantil reduzem o consumo de vitamina A e, consequentemente, ameaçam a sobrevivência, o crescimento e o desenvolvimento da criança.
- O risco de deficiência de vitamina A é maior em crianças cujas mães já são deficientes em vitamina A. A deficiência da mãe resulta em baixas reservas no feto e em baixos níveis de vitamina A no leite materno.
- Os recém-nascidos e as crianças com deficiência de vitamina A apresentam um risco maior de perda de apetite, de problemas de visão, de baixa resistência às infecções, de episódios mais frequentes e graves de diarreia e sarampo, de anemia por deficiência de ferro, e de falta de crescimento. As infecções e as inflamações aceleram o uso e a perda da vitamina A.
- O aumento do risco de doenças leva a um aumento do risco de morte. Estudos realizados mostram que, em comunidades onde há deficiência de vitamina A, um aumento nos níveis de vitamina A reduz a mortalidade infantil em cerca de 23%. A vitamina A protege, particularmente, contra mortes por diarreia e sarampo, e pode reduzir a gravidade dos sintomas da malária.

PS 031408

LINKAGES ◆ Academia para o desenvolvimento educacional ◆ 1825 Connecticut Avenue NW, Washington, DC 20009
Telefone (202) 884-8000 ◆ Fax (202) 884-8977 ◆ E-mail linkages@aed.org ◆ www.linkagesproject.org

O Contribuição do leite materno nos níveis de vitamina A dos recém-nascidos e das crianças pequenas

Nos primeiros 6 meses de vida, o leite materno protege o recém nascido das doenças infecciosas, que podem esgotar as reservas de vitamina A e interferir com a absorção de vitamina A. A vitamina A consumida por uma criança amamentada depende dos níveis de vitamina A da mãe, do período de lactação e da quantidade de leite materno consumida. Desde o nascimento até aos seis meses, o aleitamento materno exclusivo e frequente pode fornecer ao recém nascido toda a vitamina A necessária para que este tenha uma óptima saúde, um crescimento e um desenvolvimento harmoniosos. O leite materno é geralmente melhor, em termos de valor nutritivo, do que outros alimentos e líquidos alternativos que são dados às crianças nos países em desenvolvimento. O consumo de outros alimentos diminui a quantidade de leite materno consumido, o que pode diminuir a absorção de vitaminas e minerais do leite materno, pelos recém-nascidos. **Por conseguinte, o aleitamento exclusivo até aos seis meses de idade ajuda a garantir um consumo suficiente de vitamina A.**

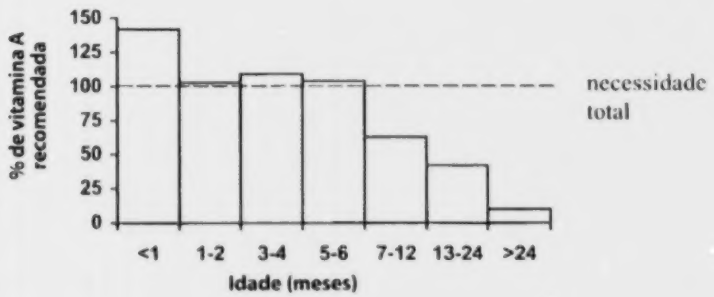
A Vitamina A no leite materno, nos recém-nascidos, dos 0-6 meses	
Idade do recém-nascido	**Fontes de vitamina A**
Primeiros dias	**O colostro** é o primeiro leite essencial, produzido para o recém nascido. O colostro é três vezes mais rico em vitamina A e dez vezes mais rico em beta-caroteno (um percursor activo da vitamina A responsável pela cor amarelada do colostro), que o leite maduro. Por causa do seu alto teor em vitamina A, anticorpos e outros factores protectores, o colostro é muitas vezes considerado como a primeira imunização do bebé.
Entre o 5º e 14º dia	**O Leite materno transicional** contém perto do dobro de vitamina A que o leite maduro. O alto teor de vitamina A no colostro e no leite transicional satisfaz as necessidades do recém nascido.
Entre o 14º dia e o 6º mês	**O Leite materno maduro,** em mães bem nutridas, contém uma média de 250 unidades internacionais (UI) de vitamina A por 100 ml. Nos países em desenvolvimento, a concentração com altas doses de vitamina A, imediatamente após o parto, pode garantir que a quantidade de vitamina A no leite materno seja adequada para responder às necessidades diárias do recém nascido, e para criar reservas.

A partir dos 6 meses de idade recomenda-se que os bebés sejam **apropriadamente alimentados com alimentos complementares ao leite materno**, para que tenham um crescimento e desenvolvimento adequados.

- **As boas práticas de aleitamento materno são cruciais para responder às necessidades de vitamina A nas crianças, durante o primeiro ano e nos anos seguintes.** Em famílias de poucos recursos, as crianças dependem do leite materno para obtenção de vitamina A e outros nutrientes importantes. Um estudo feito na zona rural da África Ocidental, constatou que o leite materno era a fonte mais importante de vitamina A para as crianças com mais de um ano de idade.
- **O leite materno continua a ser uma fonte importante de energia, gordura e outros nutrientes**. Para poder ser utilizada pelo corpo, a vitamina A deve ser consumida com alguma gordura. O leite materno é mais rico em gordura do que muitos alimentos complementares e há indícios de que é essencial para facilitar a utilização da vitamina A presente nesses alimentos.
- **O efeito protector do leite materno contra a deficiência de vitamina A continua até aos dois anos e nos anos seguintes.** Um grande estudo feito no Bangladesh reporta uma redução no risco de deficiência de vitamina A de 74%, em crianças de 6 meses aos 3 anos que foram amamentadas, comparativamente a crianças que não foram amamentadas. Esta redução do risco de deficiência diminui ligeiramente com a idade. O mesmo estudo mostra que, mesmo as crianças mais velhas (24-35 meses) eram 65% menos susceptíveis de apresentar uma deficiência de vitamina A, se tivessem sido amamentadas.
- Apesar do efeito protector ser maior nos primeiros seis meses de vida, **o leite materno continua a oferecer aos bebés e às crianças pequenas, uma protecção contra as doenças e contra a morte.** Por fornecer factores imunológicos e ser uma fonte higiénica de nutrientes, o leite materno protege contra as infecções que podem reduzir as reservas de vitamina A, diminui o consumo de outros alimentos e interfere na absorção da vitamina A.

A contribuição do leite materno nos níveis de vitamina A durante os dois primeiros anos de vida e nos anos seguintes está ilustrada na figura 1.

Figura 1., Percentagem de vitamina A recomendada na dieta diária proveniente do leite materno nos países em desenvolvimento.



Fonte: Newman (1993), WHO/NUT/98.1 (1998)

A figura 1 mostra:

1. Durante o primeiro mês, o leite materno oferece uma oportunidade para se criarem reservas de vitamina A.
2. Depois do sexto mês, são necessários alimentos complementares para fornecer quantidades satisfatórias de vitamina A.
3. O leite materno continua a ser uma fonte essencial de vitamina A até aos 24 meses e mais.

Práticas recomendáveis para melhorar os níveis de vitamina A nos recém-nascidos e nas crianças pequenas

O risco de deficiência em micro-nutrientes, apesar de estar presente ao longo da vida, é maior em determinados períodos da vida, em especial durante os dois primeiros anos de vida, durante a gravidez e a lactação. A deficiência numa destas fases pode ter um impacto negativo imediato ou a longo prazo, tanto na mulher como na criança. As recomendações a seguir apresentadas focam a alimentação e as práticas dietéticas em diferentes pontos do ciclo de vida, que podem ajudar a garantir níveis óptimos de vitamina A no nascimento e durante os primeiros cinco anos de vida. Estas recomendações irão beneficiar a gravidez, a sobrevivência e saúde dos recém-nascidos, crianças e mulheres.

Recomendações para a alimentação dos recém-nascidos e crianças

- **Inicie o aleitamento materno na primeira hora após o parto.** O contacto imediato, pelo-com-pelo, entre a mãe e o bebé, previne a perda de nutrientes associada à perda de temperatura. Este contacto, quando se inicia cedo estimula a produção de leite, fornecendo ao recém nascido o colostro, que é particularmente rico em vitamina A. *0-6 meses*

- **Aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses.** O consumo de outros alimentos e líquidos reduz o consumo de leite materno, rico em vitamina A. Também aumenta o risco de doenças associadas ao consumo de águas contaminadas, substitutos do leite materno e utilização do biberão.

- **Aleitamento materno frequente.** Mamadas frequentes ajudam a manter a provisão de leite materno e da vitamina A.

- **Continuar com as mamadas frequentes. Introdução gradual, a partir do sexto mês, de alimentos complementares limpos e ricos em nutrientes.** Para além do leite materno e de outros alimentos nutritivos, dê diariamente à criança[1] alimentos ricos em vitamina A. Os frutos vermelhos e amarelos e os vegetais (como manga madura, batata doce de polpa laranja, abóbora e cenoura) e os vegetais com folhas verde-escuras são boas fontes de vitamina A. Os alimentos fortalecidos podem fornecer vitamina A adicional. Adicionar à dieta pequenas quantidades de produtos animais ricos em vitamina A (como as gemas de ovo, queijo, fígado, e pastas/óleos de peixe), pode aumentar o consumo de vitamina A. *6-24 mois*

- **Amamentar as crianças doentes, durante e depois da doença.** As crianças doentes normalmente recusam-se a comer, mas aceitam o leite materno. Amamentá-las é particularmente importante quando têm sarampo. Muitas vezes, o sarampo reduz os níveis de vitamina A no sangue. Dê as crianças doentes, com mais de seis meses de idade, alimentos ricos em vitamina A e capsulas de altas doses de vitamina A, de acordo com a política terapêutica nacional para os casos de sarampo, diarreia crónica, malnutrição severa e xeroftalmia.[2]

- **Em áreas de deficiência de vitamina A, administre doses altas de suplementos de vitamina A, duas vezes por ano, a partir dos seis meses de idade.** Dê 100,000 IU às crianças com 6 - 12 meses de idade e 200,000 IU a todas as crianças com mais de 12 meses.[3]

Recomendações nutricionais para as mães

Durante a gravidez

- **Aumentar o consumo de alimentos e de vitamina A.** Em áreas onde a deficiência de vitamina A é comum e os alimentos ricos em vitamina A são escassos, recomenda-se a suplementação com baixas doses de vitamina A (menos que 10,000 UI por dia ou 25,000 UI por semana) ou com um complexo de micro-nutrientes que tenha níveis apropriados de vitamina A. Evidências têm mostrado a necessidade das mulheres grávidas aumentarem o consumo de vitamina A através de alimentos e/ou suplementos. Neste momento estão a ser feitos estudos para se verificar o impacto da suplementação com doses baixas de vitamina A e dos suplementos diários com multi-nutrientes que contém vitamina A, nos níveis de vitamina A da mulher, na cegueira nocturna materna, na mortalidade materna, parto, e na saúde e sobrevivência do recém-nascido/lactente (menor de 12 meses).[4]

Período pós-parto

- **Em áreas onde a deficiência de vitamina A é comum, recomenda-se uma dose única de vitamina A (200,000 UI)[5] logo depois do parto, mas nunca depois da oitava semana[6] após o parto.** Isto irá ajudar a criar reservas de vitamina A, aumentar o teor de vitamina A no leite materno, e reduzir o risco de infecções na mãe e no bebé. Durante a gravidez não devem ser tomadas doses altas e únicas de suplemento de vitamina A (mais de 10,000 UI por dia ou 25,000 UI por semana), porque podem prejudicar o feto. Uma vez que o risco da mulher lactante engravidar durante as primeiras oito semanas depois do parto é baixo, este é o único período seguro em que elas podem receber altas doses de vitamina A.

Durante o período de lactação

- **Aumentar o consumo de alimentos e de vitamina A.** As necessidades de vitamina A nas mulheres são maiores durante este período, cerca de 1,5 vezes mais do que nas mulheres não gravidas ou não lactantes. As reservas de vitamina A variam grandemente de mulher para mulher e podem ser muito baixas em mulheres cujo consumo habitual é baixo. Aumentar o consumo de vitamina A é especialmente importante quando a incidência de doenças e infecções é alta e/ou quando há escassez de alimentos (como durante o período de fome antes da colheita, desastres naturais ou conflitos).
- **Planificar um período de recuperação entre a lactação e a próxima gravidez.** Aconselha-se a utilização do Método da Lactação e da Amenorreia (MELA)[8] e outros métodos apropriados de planeamento familiar para assegurar pelo menos um período de 3 anos entre dois partos, e pelo menos seis meses depois de parar com a amamentação, e a próxima gravidez. Isto irá proteger a lactação, o espaço entre os nascimentos, e ajudará a repor as reservas de vitamina A e de outros micro-nutrientes.

Durante todos os tempos

- **Diversificação da dieta de forma a melhorar o consumo da vitamina A e outros micro-nutrientes.** Consumir produtos animais se possível. Aumentar o consumo diário de frutas e vegetais. Usar alimentos fortalecidos com vitamina A, quando disponíveis. Se os produtos animais e/ou alimentos ricos em vitamina A e/ou alimentos fortalecidos não forem disponíveis, suplementos contendo vitamina A, zinco, ferro, e outros nutrientes talvez sejam necessários. Combater as múltiplas deficiências antes da gravidez e do período de lactação irá melhorar a saúde actual da mulher e criar reservas para a gravidez e período de lactação.

Acções que podem contribuir para apoiar o aleitamento materno e para aumentar os niveis de vitamina A

A nível nacional

- Harmonizar as políticas e protocolos nacionais de nutrição.
- Formular as políticas e programas que promovam a vitamina A e ou outros micro-nutrientes e o aleitamento materno como partes integrantes do melhoramento do estado nutricional e de saúde em geral, e não como actividades isoladas.
- Promover políticas alimentares e económicas que melhorem a disponibilidade, o acesso e a demanda de alimentos ricos em vitamina A.
- Promover e apoiar o fortalecimento alimentar, dando prioridade aos produtos locais que podem ser fortalecidos. Onde exista ajuda alimentar, escolher alimentos fortalecidos com vitamina A e dá-los às mulheres grávidas e lactantes, assim como às crianças com mais de 6 meses de idade.
- Garantir um "stock" adequado de cápsulas de vitamina A.

A nível comunitário

- Trabalhar com as ONG's, programas comunitários e extencionistas de todos os sectores de forma a incorporar nas suas actividades informação e apoio que promovam bons hábitos alimentares infantis e o estado nutricional das mães.
- Estabelecer e/ou ministrar uma formação ao grupo de apoio das mães, e fazer visitas ao domicílio para compartilhar informações e experiências sobre o aleitamento materno e a alimentação complementária.
- Utilizar os canais locais de comunicação (os órgãos de informação, as escolas, eventos comunitários, os mercados, os sistemas de distribuição comunitários, etc.) para disseminar informação sobre as boas práticas de alimentação infantil, a nutrição materna, e a vitamina A.
- Aumentar a disponibilidade de alimentos ricos em vitamina A através de hortas escolares e comunitárias, pesca, árvores de fruta, e criação de animais (criação de poedeiras, galinhas, coelhos, e outros animais de pequena espécie).

A nível da família

- Secar frutas e vegetais ao sol ou ao ar livre, sem que apanhem raios solares directamente, para servirem como fontes de vitamina A ao longo do ano.
- Servir os alimentos ricos em vitamina A com um pouco de gordura (óleo, manteiga, amendoim) de forma a aumentar a utilização por parte do corpo.
- Fazer uma pequena horta no quintal onde se produzam vegetais ricos em vitamina A.

Em áreas com deficiência de vitamina A, melhorar os níveis de vitamina A reduz a mortalidade infantil em 23% .

A nível da Unidade Sanitária

No contacto antenatal

- Aconselhar as mães a iniciarem com a amamentação o mais cedo possível, a darem o colostro ao bebé e a fazerem uma amamentação exclusiva, só que várias vezes por dia.
- Avaliar o estado nutricional da mãe, e encoraja-la a consumir mais alimentos energéticos, a ter uma dieta diversificada, incluindo alimentos ricos em vitamina A, e a diminuir as cargas de trabalho durante a gravidez.
- Discutir os diferentes métodos de planeamento familiar que protejam a lactação, incluindo o Método da Lactação e da Amenorreia (MELA).
- Educar as mães sobre a prevenção de parasitemias, tratar as infecções parasitarias, e seguir as normas nacionais de prevenção e tratamento da anemia por deficiência de ferro.

No parto e no contacto imediato pós-parto

- Facilitar o início do aleitamento materno desde cedo, aconselhar a amamentar muitas vezes ao longo do dia, e exclusivamente, ajudar a estabelecer boas práticas de amamentação (posição e ligação mãe-filho correcta), e referir as fontes comunitárias de aleitamento materno.
- Suplementar a mãe com uma única dose de vitamina A (não dar para tomar em casa) imediatamente após o parto.
- Avaliar o estado nutricional da mãe e aconselha-la a consumir mais alimentos energéticos, a ter uma dieta diversificada e rica em vitamina A, e a reduzir a actividade durante todo o período de amamentação.
- Discutir os diferentes métodos de planeamento familiar que protejam a lactação, incluindo o MELA.

No contacto pós-parto

- Verificar as práticas de aleitamento materno e encorajar e suportar o aleitamento materno exclusivo até cerca de 6 meses.
- Fornecer à mãe conselhos nutricionais, reforçando a necessidade de aumentar o consumo de alimentos energéticos, a ter uma dieta diversificada e rica em vitamina A, e reduzir a actividade.
- Suplementar a mãe que está a amamentar com uma única dose de vitamina A se ela ainda não tiver tomado, e se estiver ainda dentro das oito semanas após o parto.
- Discutir os diferentes métodos de planeamento familiar que protejam a lactação, incluindo o MELA.
- Educar as mães sobre a prevenção de parasitemias, tratar as infecções parasitárias, e seguir as normas nacionais de prevenção e tratamento da anemia por deficiência de ferro.

No contacto para o controle de crescimento e imunização do bebé

- Avaliar o estado nutricional do bebé e aconselhar a mãe a aumentar o consumo de alimentos energéticos, a ter uma dieta diversificada e rica em vitamina A, e reduzir a actividade.
- Dar aconselhamento sobre o aleitamento materno exclusivo, o tempo apropriado para a introdução de alimentos complementares, a importância dos alimentos ricos em vitamina A na dieta da criança, e sobre formas práticas de se melhorar a dieta da criança utilizando alimentos locais.
- Verificar e completar os protocolos de suplementação com vitamina A às crianças.
- Verificar e completar a suplementação com vitamina A às mães (dentro das oito semanas após o parto).
- Discutir os diferentes métodos de planeamento familiar que protejam a lactação, incluindo o MELA.
- Suplementar as crianças que não estejam a ser amamentadas, e tenham menos de seis meses, com cápsulas de vitamina A de 50,000 UI.

No contacto com crianças doentes

- Avaliar as mães e aconselhá-las a continuarem a amamentar, assim como a darem ao bebé alimentos complementares apropiados, durante e depois da doença.
- Verificar e completar o protocolo de suplementação com vitamina A; seguir as políticas nacionais de tratamento, em termos de dosagem das cápsulas de vitamina A, para os casos de sarampo, xeroftalmia, diarreia crónica e malnutrição severa.

Referências Bibliográficas

ACC/SCN. *Fourth Report on the World Nutrition Situation.* Genêve. ACC/SCN en collaboration avec IFPRI, 2000.

Beaton GH et al. *Effectiveness of vitamin A supplementation in the control of young child morbidity and mortality in developing countries.* ACC/SCN State-of-the-Art Series: Nutrition Policy Discussion Paper No 13. Genêve, Nations Unies, 1993.

Christian P et al. Vitamin A or beta-carotene supplementation reduces but does not eliminate maternal night blindness in Nepal. *J Nutr* 1998 Sep; 128(9): 1448-63.

Haskell MJ, Brown KH. Maternal vitamin A nutrition and the vitamin A content of human milk. *J Mammary Gland Biol Neoplasia* 1999; 4(3): 243-257.

International Vitamin A Consultative Group. IVAGG *Statement on maternal night blindness: Extent and associated risk factors.* Washington, DC: ILSI Research Foundation, 1997.

LINKAGES Project. *The case for promoting multiple vitamin/mineral supplements for women of reproductive age in developing countries.* Washington, DC: AED, 1998.

LINKAGES Project. *Recommended feeding and dietary practices to improve infant and maternal nutrition.* Washington, DC: AED, 1999.

Mahalanabis D. Breast feeding and vitamin A deficiency among children attending a diarrhoea center in Bangladesh: A case-control study. BMJ 1991; 303:493-496.

Newman V. *Vitamin A and breastfeeding: A comparison of data from developed and developing countries.* San Diego: Wellstart, 1993.

Prentice A. Paul. AA. Contribution of breastmilk to nutrition during prolonged breatfeeding. In: Aktinson SA, Hanson LA, Chandra RK (eds). *Breastfeeding, nutrition, infection and infant growth in developed and emerging countries.* St. John's, Newfoundland, Canada : ARTS Biomedical Publishers, 1990:87-101.

Rice AL et al. Maternal vitamin A or b-carotene and supplementation in lactating Bangladeshi women benefits mothers and infants but does not prevent subclinical deficiency. *J. Nutr* 1999; 129(2):356-365.

Shankar AH etal. Effect of vitamin A supplementation on morbidity due to Plasmodium falciparum in young children in Papua New Guinea: A randomized Trial. *The Lancet 1999;* 354:203-209.

Sommer A, West KP. *Vitamin A deficiency : Health, survival, and vision.* New York: Oxford University Press, 1996.

Stolzfus RJ, Underwood BA. Breast-milk vitamin A as an indicator of the vitamin A status of women and infants. *Bul WHO* 1995; 73 (5): 703-711.

Stolzfus RJ. High dose vitamin A supplementation of breast-feeding Indonesian mothers: Effects on the vitamin A status of mother and infant. *J. Nutr* 1993; 123 (4): 666-675.

Underwood BA. Maternal vitamin A status and its importance in infancy and early childhood. *Am J Clin Nutr* 1994; 59 (supplement 2) : 5178-5228.

West KP et al. Double Bind, cluster randomized trial of low dose supplementation with vitamin A or beta carotene on mortality related to pregnancy in Nepal. The NNIPS-2 Study Group. BMJ 1999 février 27; 318 (7183): 570-5.

World Health Organization. *Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge* (WHO/NUT/98.1). Genêve: WHO, 1998.

World Health Organization. *Safe vitamin A dosage during pregnancy and lactation: Recommandations and report of a consultation.* WHO/NUT/98.4. genêve; WHO, 1998.

Este documento foi traduzido pela Repartição de Nutrição do Ministério da Saúde em Moçambique e Helen Keller International com apoio da The Micronutrient Initiative.

---

[1] Alguns alimentos, particularmente os de origem vegetal (frutos, vegetais e óleos), são ricos em carotenóides e outras substâncias que são convertidas em vitamina A no corpo.

[2] Xeroftalmia é um termo usado para descrever uma série de problemas dos olhos, resultantes da deficiência de vitamina A.

[3] Crianças não amamentadas em áreas com deficiência de vitamina A, devem consumir 50,000 UI desta vitamina, logo que possível, após o parto. Alguns países e alguns nutricionistas recomendam que em áreas com deficiência de vitamina A, todas as crianças com menos de seis meses recebam periodicamente doses de 50,000 UI de vitamina A depois do parto e em cada contacto para a imunização. Estas recomendações estão a ser tomadas em consideração pelas agências internacionais.

[4] Um estudo recente feito no Nepal mostrou que suplementar mulheres com doses baixas de vitamina A (menos de 25,000 UI) semanalmente antes, durante e depois da gravidez reduz a cegueira nocturna e diminui a mortalidade relacionada com a gravidez em 40%.

[5] Esta recomendação está a ser revista e talvez se possa vir a aumentar esta dose, dependendo dos resultados da investigação que está a ser feita.

[6] As mães não lactantes das áreas com deficiência de vitamina A devem ser suplementadas com uma dose única de vitamina A, antes da sexta semana depois do parto.

[7] O MELA é um método temporário e moderno de espaçamento. O risco de engravidar é inferior a 2% se os três critérios seguintes forem seguidos: 1) não retorno da menstruação; 2) amamentação exclusiva ou quase exclusiva; e 3) menos de seis meses depois do parto.

Para mais informação visite o nosso website: www.linkagesproject.org
ou contacte-nos pelo e-mail: linkages@aed.org • Telefone: (202) 884-8221 • Fax: (202) 884-8977

Factos sobre a alimentação é uma publicação da LINKAGES: Aleitamento materno, MELA e Alimentação Complementar e Nutrição Materna relacionadas. LINKAGES é apoiada pelo G/PHN/HN, Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID) sob os termos de concessão número HRN-A-00-97-00007-00 e é administrado pela Academia para o Desenvolvimento Educacional (AED). As opiniões expressas neste documento são as dos autores e não reflectem, necessariamente, o ponto de vista da USAID.

Agosto, 2000

PS

Datos importantes sobre alimentación

La leche materna: Una fuente esencial de vitamina A para lactantes y niños pequeños

La leche materna es una fuente higiénica de energía, nutrientes esenciales, agua, factores de inmunidad y muchos otros componentes que proveen beneficios para lactantes y niños pequeños. La leche materna proporciona protección contra la deficiencia de vitamina A. Antes de la rápida expansión del programa de distribución de cápsulas de vitamina A de los ultimos años, el Organismo Mundial de la Salud (OMS) estimó que mas de 250 millones de niños en edad pre escolar estaban en riesgo de tener deficiencia de Vitamina A.

Los requisitos de vitamina A

- Los lactantes y los niños pequeños necesitan vitamina A para lograr un nivel óptimo de salud, crecimiento y desarrollo.
- Casi todos los niños nacen con bajas reservas de vitamina A. Durante los seis primeros meses de vida, las madres necesitan amamantar en forma exclusiva a fin de aumentar las reservas de vitamina A de sus bebés.
- A partir de a los seis meses de edad la vitamina A debe provenir de la leche materna, alimentos ricos en vitamina A y, de ser necesario, suplementos.

Resumen de los puntos principales

1. La leche materna es rica en vitamina A.
2. La lactancia materna exclusiva reduce las infecciones y las pérdidas de vitamina A.
3. La suplementación postparto con vitamina A para mujeres lactantes aumenta el contenido de vitamina A de la leche materna.
4. La promoción de la lactancia materna exclusiva es una estrategia para prevenir la deficiencia de vitamina A.
5. Las intervenciones que incluyen el suministro de vitamina A aumentan los beneficios de la promoción de la lactancia materna en términos de la salud y supervivencia materna e infantil.

Datos importantes sobre alimentación es una serie de publicaciones sobre prácticas recomendadas en materia de alimentación y dieta para mejorar la situación nutricional en diversas etapas del ciclo vital. Este número fue preparado en colaboración con organismos líderes en el campo de la vitamina A: Helen Keller International (HKI)/Sede, HKI/África y el Proyecto MOST, financiado por la USAID.

El riesgo de la deficiencia de vitamina A

- Las prácticas subóptimas en materia de alimentación infantil reducen la ingesta de vitamina A, constituyendo una amenaza para la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo.
- El riesgo de deficiencia de vitamina A es mayor en los niños pequeños cuyas madres tienen tal deficiencia. La deficiencia de vitamina A en las madres conduce a reservas fetales disminuidas y a niveles más bajos de vitamina A en la leche materna.
- Los lactantes y niños pequeños con deficiencia de vitamina A presentan un riesgo superior de pérdida de apetito, problemas oculares, menor resistencia a las infecciones, episodios más frecuentes y severos de diarrea y sarampión, anemia por deficiencia de hierro, y retardo del crecimiento. Las infecciones y la inflamación aceleran tanto la utilización como la pérdida de vitamina A.
- El aumento del riesgo de enfermedades se traduce en un aumento del riesgo de mortalidad. Diversos estudios demuestran que en las comunidades en las que existe una alta incidencia de deficiencia de vitamina A, la mejora de la nutrición de vitamina A reduce la mortalidad infantil en un promedio de 23 por ciento. La vitamina A ofrece especial protección contra la mortalidad causada por la diarrea y el sarampión, y puede reducir la severidad de los síntomas de malaria.

PS 031408

LINKAGES ◆ Academia para el desarrollo educativo ◆ 1825 Connecticut Avenue, NW, Washington, DC 20009
Teléfono (202) 884-8000 ◆ Fax (202) 884-8977 ◆ Correo electrónico: linkages@aed.org ◆ www.linkagesproject.org

La contribución de la leche materna a la situación de la vitamina A en lactantes y niños pequeños

Durante los seis primeros meses de vida, la leche materna protege al lactante contra enfermedades infecciosas que pueden agotar sus reservas de vitamina A al interferir con su absorción. La ingesta de vitamina A en un niño amamantado depende de la nutrición de vitamina A en la madre, de la etapa de lactancia y de la cantidad de leche materna consumida. Desde el nacimiento hasta los seis meses de vida aproximadamente, la lactancia materna exclusiva y frecuente puede proporcionar al lactante toda la vitamina A que éste necesita para asegurar un nivel óptimo de salud, crecimiento y desarrollo. Por lo general, la leche materna tiene mayor valor nutritivo que los alimentos y líquidos alternativos con los que se alimenta a los niños en los países en desarrollo. El consumo de otros alimentos disminuye la cantidad de leche materna consumida y puede afectar la absorción por el lactante de las vitaminas y minerales de la leche materna. Por lo tanto, la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida ayuda a asegurar una ingesta suficiente de vitamina A.

La vitamina A de la leche materna en lactantes de 0-6 meses

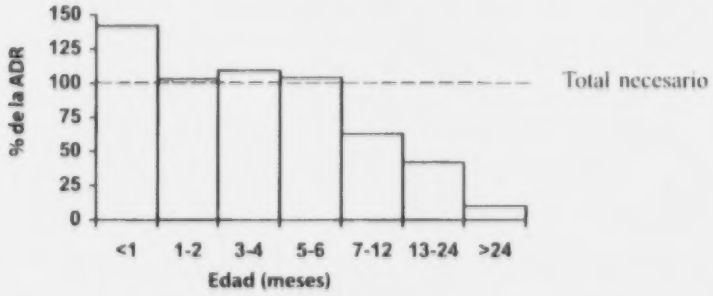
Edad del niño	Fuente de vitamina A
Primeros días	**El calostro** es la leche esencial del comienzo producida para el neonato. El calostro es tres veces más rico en vitamina A y diez veces más rico en beta-caroteno (la forma precursora activa de la vitamina A que explica el color amarillo del calostro) que la leche madura. Debido a sus altos niveles de vitamina A, anticuerpos y otros factores protectores, el calostro frecuentemente se considera la primera inmunización del bebé.
De los 5 a los 14 días aproximadamente	**La leche materna de transición** contiene casi el doble de vitamina A que la leche madura. El alto contenido de vitamina A en el calostro y en la leche de transición responde a las necesidades del neonato.
De los los 14 días a los seis meses	**La leche materna madura** en madres bien nutridas contiene un promedio de 250 unidades internacionales (UI) de vitamina A por 100 ml. El promedio de concentración de vitamina A en la leche materna de mujeres en países en desarrollo es aproximadamente la mitad de esta cifra. En tales casos, el proporcionar a las madres un suplemento de vitamina A de dosis alta inmediatamente después del parto puede asegurar que la cantidad de vitamina A en la leche materna sea adecuada para satisfacer las necesidades diarias de vitamina A del lactante y aumentar sus reservas.

Comenzando a los seis meses de edad, se recomienda dar a los lactantes alimentos complementarios apropiados, adicionales a la leche materna, para asegurar un crecimiento y desarrollo adecuados.

- Las prácticas óptimas en materia de lactancia materna son esenciales para ayudar a satisfacer las necesidades de vitamina A del niño durante el primer año y más allá. En lugares con carencia de recursos, los niños dependen de la leche materna como fuente de vitamina A y otros nutrientes esenciales. Un estudio realizado en zonas rurales de África Occidental encontró que la leche materna era la fuente más importante de vitamina A para los niños mayores de un año.
- La leche materna continúa siendo una fuente importante de energía, grasa y otros nutrientes. Para ser aprovechada por el cuerpo, la vitamina A debe consumirse en combinación con cierta cantidad de grasa. La leche materna es más rica en grasa que la mayoría de los alimentos complementarios y puede ser esencial para facilitar la utilización de la vitamina A presente en dichos alimentos.
- El efecto protector de la leche materna contra la deficiencia de vitamina A se mantiene durante la infancia y la niñez temprana. Un estudio de amplio alcance realizado en Bangladesh reportó una reducción del 64 por ciento en el riesgo de deficiencia de vitamina A en niños de seis meses a tres años de edad amamantados, en comparación con niños no amamantados. Esta reducción del riesgo disminuyó sólo levemente con la edad. Aun los niños mayores (de 24-35 meses de edad) tenían un 65 por ciento menos de probabilidad de tener deficiencia de vitamina A si eran amamantados.
- Aunque su efecto protector es mayor durante los seis primeros meses de vida, la leche materna continúa ofreciendo protección contra enfermedades y muerte durante la niñez temprana. Al suministrar factores de inmunidad y una fuente higiénica de nutrición, la lactancia materna protege contra infecciones que pueden reducir las reservas de vitamina A, disminuir la ingesta de alimentos e interferir con la absorción de vitamina A.

La contribución de la leche materna a la situación de la vitamina A durante los dos primeros años de vida y más allá se presenta en la Figura 1.

Figura 1. Porcentaje del aporte diario recomendado (ADR) de vitamina A cubierto por la leche materna en países en desarrollo de 0 a 24 meses y más allá.



Fuentes: Newman (1993), WHO/NUT/98.1 (1998)

La Figura 1 muestra que:

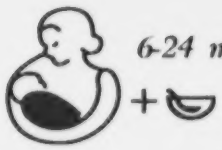
1. Durante el primer mes, la lactancia permite aumentar las reservas de vitamina A.
2. A partir de los seis meses, se requieren alimentos complementarios para asegurar una ingesta suficiente de vitamina A.
3. La leche materna continúa siendo una fuente importante de vitamina A hasta los 24 meses y más allá.

Prácticas recomendadas para mejorar la nutrición de vitamina A en lactantes y niños pequeños

El riesgo de deficiencias de micronutrientes, si bien está presente durante toda la vida, es mayor en ciertas etapas del ciclo vital, tales como la infancia, la niñez temprana, el embarazo y la lactancia. Las deficiencias en una etapa pueden tener consecuencias negativas inmediatas y a largo plazo para la mujer y su hijo (-a). Las recomendaciones siguientes se centran específicamente en prácticas dietéticas y de alimentación en diferentes etapas del ciclo vital que pueden ayudar a asegurar una situación óptima de la vitamina A al nacer y durante los primeros años de la vida. Estas recomendaciones mejorarán no sólo los resultados de los embarazos sino también la supervivencia y la salud de lactantes, niños pequeños y mujeres.

Recomendaciones para la alimentación de lactantes y niños pequeños

- Iniciar la lactancia materna en la primera hora después del parto. El contacto temprano de piel a piel entre la madre y el neonato previene la pérdida de nutrientes asociada con la pérdida de temperatura. El inicio temprano estimula la producción de leche materna, proporcionando al neonato calostro, especialmente rico en vitamina A.
- Amamantar en forma exclusiva durante los seis primeros meses. La alimentación con otros alimentos o líquidos reduce el consumo de leche materna, rica en vitamina A. También aumenta el riesgo de enfermedades asociadas con la exposición al agua contaminada, a los sucedáneos de la leche materna y a los biberones.
- Amamantar frecuentemente. Las tomas frecuentes ayudan a mantener el suministro de leche materna y vitamina A.



- Continuar con la lactancia materna frecuente y a la libre demanda. Introducir progresivamente alimentos complementarios limpios y ricos en nutrientes, comenzando a los seis meses. Además de la leche materna y otros alimentos nutritivos, dar a los niños diariamente alimentos ricos en vitamina A. Las frutas y verduras rojas y amarillas (tales como los mangos maduros, el camote anaranjado, el chayote y las zanahorias) y las verduras de color verde oscuro son buenas fuentes de vitamina A. Los alimentos fortificados pueden ofrecer una fuente adicional de vitamina A. El hecho de agregar cantidades, aunque sean mínimas, de productos animales ricos en vitamina A (tales como yemas de huevo, queso, hígado y aceite/pasta de pescado) puede aumentar considerablemente la ingesta de vitamina A.
- Amamantar a un niño enfermo tanto durante como después de su enfermedad. Con frecuencia los niños enfermos rehusan comer pero continúan tomando leche materna. La lactancia materna es especialmente importante cuando un niño tiene sarampión. El sarampión a menudo reduce los niveles sanguíneos de vitamina A. Dar a los niños enfermos mayores de seis meses alimentos adicionales ricos en vitamina A y seguir las políticas nacionales de dosificación terapéutica con cápsulas de vitamina A de dosis alta para los casos de sarampión, xeroftalmia, diarrea crónica y malnutrición severa.
- En zonas con alta incidencia de deficiencia de vitamina A, dar suplementos semestrales de vitamina A de dosis alta, comenzando a los seis meses. Dar 100,000 UI a los niños de 6-12 meses y 200,000 UI a los niños mayores de 12 meses.

Recomendaciones para la nutrición materna

Durante el embarazo

- Aumentar la ingesta de alimentos y vitamina A. En zonas donde la deficiencia de vitamina A es común y los alimentos ricos en vitamina A son escasos, pueden recomendarse suplementos de vitamina A de dosis baja (menos de 10,000 UI diarias o 25,000 UI semanales) o suplementos de micronutrientes múltiples con niveles apropiados de vitamina A. La evidencia señala cada vez más la necesidad de que las mujeres embarazadas aumenten su ingesta de vitamina A ya sea a través de alimentos o suplementos. Actualmente están en curso estudios que examinan el impacto de los suplementos de vitamina A de dosis baja y los suplementos diarios de nutrientes múltiples que contienen vitamina A sobre la situación de la vitamina A en las mujeres, la ceguera nocturna materna, la mortalidad materna, los resultados de los embarazos, y la salud y supervivencia neonatal/infantil.

Postparto

- En zonas donde la deficiencia de vitamina A es común, tomar una sola cápsula de vitamina A de dosis alta (200,000 UI) a la mayor brevedad posible después del parto, pero no más tarde de ocho semanas postparto. Esto ayudará a fortalecer las reservas de vitamina A, mejorar el contenido de vitamina A en la leche materna, y disminuir el riesgo de infección en madres y lactantes. Un suplemento de vitamina A administrado en una sola dosis alta (más de 10,000 UI diarias o 25,000 UI semanales) no debe tomarse durante el embarazo porque puede perjudicar al feto en desarrollo. En vista de que el riesgo de embarazo para las mujeres lactantes es muy bajo durante las primeras ocho semanas del puerperio, éste es el único momento en que deberían tomar la cápsula de dosis alta.

Durante la lactancia

- Aumentar la ingesta de alimentos y de vitamina A. Los requisitos de vitamina A de las mujeres son mayores durante la lactancia, aproximadamente 1.5 veces superiores que los de las mujeres no embarazadas y no lactantes. Las reservas de vitamina A varían considerablemente entre mujeres, y pueden ser precariamente bajas en aquellas mujeres cuya ingesta habitual de esta vitamina es marginal. Una mayor ingesta de vitamina A es especialmente importante cuando la incidencia de enfermedades e infecciones es alta y/o los alimentos son escasos (por ejemplo, durante el "tiempo de hambre" antes de la cosecha o durante períodos de hambruna, desastres naturales o conflictos armados).
- Planificar un período de recuperación entre la lactancia y el embarazo siguiente. Utilizar el Método de Lactancia y Amenorrea (MELA) y otros métodos de planificación familiar apropiados para asegurar intervalos de por lo menos tres años entre partos consecutivos y por lo menos seis meses entre la suspensión de la lactancia y el embarazo siguiente. Esto servirá para proteger la lactancia, espaciar los partos y ayudará a aumentar las reservas de vitamina A y otros micronutrientes.

En todo momento

- Diversificar la dieta para mejorar la ingesta de vitamina A y otros micronutrientes. Consumir productos animales, si resulta factible. Aumentar el consumo diario de frutas y verduras. Utilizar alimentos enriquecidos con vitamina A, si están disponibles. En ausencia de productos animales, alimentos ricos en vitamina A y/o alimentos enriquecidos, pueden ser necesarios suplementos que contengan vitamina A, zinc, hierro y otros nutrientes. Las medidas orientadas a corregir las deficiencias múltiples con anterioridad al embarazo y la lactancia mejorarán la situación de salud actual de la mujer y crearán reservas que pueden ser utilizadas durante el embarazo y la lactancia.

Acciones para apoyar la lactancia materna y mejorar la situación de la vitamina A

Nivel nacional

- Armonizar las políticas y protocolos nacionales en lo que a nutrición se refiere
- Formular políticas y programas para promover la vitamina A/micronutrientes y la lactancia materna como elementos integrales del mejoramiento global de la salud y la nutrición, no como actividades aisladas
- Promover políticas económicas y alimentarías que mejoren la disponibilidad, el acceso y la demanda de alimentos ricos en vitamina A
- Promover y apoyar el enriquecimiento de alimentos, asignando prioridad a alimentos locales que puedan ser enriquecidos fácilmente. En aquellos lugares donde existen programas de asistencia alimentaria, seleccionar alimentos enriquecidos con vitamina A y darlos a las mujeres durante el embarazo y la lactancia, como también a los niños mayores de seis meses.
- Asegurar la disponibilidad de cantidades adecuadas de cápsulas de vitamina A.

Nivel de comunidad

- Trabajar con ONGs, programas de acercamiento comunitario y agentes extensionistas en todos los sectores a fin de incorporar en sus actividades información y apoyo a niveles óptimos de alimentación infantil y nutrición materna
- Establecer y/o proporcionar capacitación a grupos de apoyo materno y realizar visitas domiciliarias con el propósito de compartir información y experiencias en materia de lactancia materna y alimentación complementaria
- Utilizar canales de comunicación locales (medios masivos, escuelas, eventos comunitarios, mercados, sistemas de distribución comunitaria, etc.) para diseminar información sobre prácticas óptimas de alimentación de lactantes, nutrición materna y vitamina A
- Aumentar la disponibilidad de alimentos ricos en vitamina A a través de huertos escolares y comunitarios, pesquerías, árboles frutales y cría de ganado menor (gallinas, pollos, conejos y otros animales pequeños).

Nivel de familia

- Secar las frutas y vegetales estacionales utilizando métodos de secado solar o, en su defecto, secarlos al aire donde no los alcance la luz directa del sol para asegurar una fuente de vitamina A durante todo el año
- Servir alimentos ricos en vitamina A con un poco de grasa (aceite, mantequilla, cacahuete) a fin de aumentar su utilización por el organismo
- Sembrar huertos familiares con variedad de verduras ricas en vitamina A

En las zonas con alta incidencia de deficiencia de vitamina A, las acciones orientadas a mejorar la situación de la vitamina A reducen la mortalidad infantil en un promedio del 23 por ciento.

Nivel de estructuras de salud

Contacto prenatal

- Asesorar a las mujeres sobre la conveniencia del inicio temprano de la lactancia materna, la alimentación con calostro y la lactancia materna exclusiva y frecuente
- Evaluar la situación nutricional y estimular el aumento de la ingesta de energía, una dieta variada que incluya alimentos ricos en vitamina A, y la disminución de la carga de trabajo durante el embarazo
- Discutir opciones de planificación familiar que protejan la lactancia, incluyendo el MELA
- Proporcionar instrucción sobre la prevención de parásitos, tratar las infecciones parasitarias y observar las pautas nacionales para la prevención y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro

Contacto durante el parto y en el puerperio inmediato

- Facilitar el inicio temprano de la lactancia materna, dar consejos sobre la conveniencia de la lactancia materna exclusiva y frecuente, ayudar a establecer buenas destrezas de lactancia materna (posición y apego adecuados) y referir a recursos para la lactancia materna disponibles en la comunidad
- Administrar a la madre un suplemento de vitamina A en una sola dosis alta (no entregar para consumo en el hogar) inmediatamente después del parto
- Evaluar la situación nutricional y asesorar a la madre sobre la conveniencia de aumentar su ingesta de energía, de consumir una dieta variada y rica en vitamina A y de disminuir su carga de trabajo durante la etapa de lactancia
- Discutir las opciones de planificación familiar que protejan la lactancia, incluido el MELA

Contacto postnatal

- Evaluar las prácticas de lactancia materna y estimular y apoyar la lactancia materna exclusiva durante seis meses
- Proporcionar asesoramiento materno sobre aspectos de nutrición, destacando la necesidad de un aumento de la ingesta de energía, una dieta variada y rica en vitamina A, y una reducción de la carga de trabajo
- Administrar un suplemento de vitamina A en una sola dosis alta a toda que amamanta durante las ocho semanas del puerperio si aún no lo ha recibido
- Discutir las opciones de planificación familiar que protejan la lactancia, incluyendo el MELA
- Proporcionar instrucción sobre la prevención de parásitos, tratar las infecciones parasitarias, y observar las pautas nacionales para la prevención y el tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro

Contacto con niños sanos (monitoreo del crecimiento e inmunizaciones)

- Proporcionar servicios de evaluación y asesoramiento en materia de nutrición, destacando la necesidad materna de un aumento de la ingesta de energía, una dieta variada y rica en vitamina A, y la reducción de la carga de trabajo
- Proporcionar asesoramiento sobre la conveniencia de la lactancia materna exclusiva, el momento adecuado para introducir alimentos complementarios apropiados, la importancia de incluir alimentos ricos en vitamina A en la dieta del niño y formas prácticas de enriquecer la dieta del niño utilizando alimentos disponibles a nivel local
- Verificar y completar los protocolos de suplementación con vitamina A para lactantes mayores y niños pequeños
- Verificar y completar la suplementación de la madre con vitamina A (si ésta está dentro de las primeras ocho semanas del puerperio)
- Discutir las opciones de planificación familiar que protegen la lactancia, incluyendo el MELA
- Administrar un suplemento de 50,000 UI de vitamina A a los niños no amamantados menores de seis meses en el primer contacto

Contacto con niños enfermos

- Evaluar y aconsejar sobre la lactancia materna y la alimentación complementaria adecuada y apropiada tanto durante como después de las enfermedades
- Verificar y completar los protocolos de suplementación con vitamina A; observar las políticas nacionales de dosificación terapéutica con cápsulas de vitamina A de dosis alta para los casos de sarampión, xeroftalmia, diarrea crónica y malnutrición severa .

Referencias y recursos

ACC/SCN. Fourth Report on the World Nutrition Situation. Ginebra: ACC/SCN en colaboración con IFPRI, 2000.

Beaton GH et al. Effectiveness of vitamin A supplementation in the control of young child morbidity and mortality in developing countries. ACC/SCN State-of-the- Art Series: Nutrition Policy Discussion Paper No. 13. Ginebra: Naciones Unidas, 1993.

Christian P et al. Vitamin A or beta-carotene supplementation reduces but does not eliminate maternal night blindness in Nepal. J Nutr 1998 Sep; 128(9):1458-63.

Haskell MJ, Brown KH. Maternal vitamin A nutriture and the vitamin A content of human milk. J Mammary Gland Biol Neoplasia 1999; 4(3): 243-257.

International Vitamin A Consultative Group. IVACG Statement on maternal night blindness: Extent and associated risk factors. Washington, DC: ILSI Research Foundation, 1997.

LINKAGES Project. The case for promoting multiple vitamin/mineral supplements for women of reproductive age in developing countries. Washington, DC: AED, 1998.

LINKAGES Project. Recommended feeding and dietary practices to improve infant and maternal nutrition. Washington, DC: AED, 1999.

Mahalanabis D. Breast feeding and vitamin A deficiency among children attending a diarrhoea centre in Bangladesh: A case-control study. BMJ 1991; 303:493-496.

Newman V. Vitamin A and breastfeeding: A comparison of data from developed and developing countries. San Diego: Wellstart, 1993.

Prentice A, Paul AA. Contribution of breastmilk to nutrition during prolonged breastfeeding. En: Atkinson SA, Hanson LA, Chandra RK (eds). Breastfeeding, nutrition, infection and infant growth in developed and emerging countries. St. John's, Newfoundland, Canadá: ARTS Biomedical Publishers, 1990:87-101.

Rice AL et al. Maternal vitamin A or b-carotene and supplementation in lactating Bangladeshi women benefits mothers and infants but does not prevent subclinical deficiency. J Nutr 1999; 129(2): 356-365.

Shankar AH et al. Effect of vitamin A supplementation on morbidity due to Plasmodium falciparum in young children in Papua New Guinea: A randomised trial. The Lancet 1999; 354:203-209.

Sommer A, West KP. Vitamin A deficiency: Health, survival, and vision. Nueva York: Oxford University Press, 1996.

Stoltzfus RJ, Underwood BA. Breast-milk vitamin A as an indicator of the vitamin A status of women and infants. Bull WHO 1995; 73(5): 703-711.

Stoltzfus RJ. High-dose vitamin A supplementation of breast-feeding Indonesian mothers: Effects on the vitamin A status of mother and infant. J Nutr 1993; 123(4): 666-675.

Underwood BA. Maternal vitamin A status and its importance in infancy and early childhood. Am J Clin Nutr 1994; 59(Supplement 2): 517S-522S.

West KP et al. Double blind, cluster randomised trial of low dose supplementation with vitamin A or beta carotene on mortality related to pregnancy in Nepal. The NNIPS-2 Study Group. BMJ 1999 Feb 27; 318(7183): 570-5.

Organización Mundial de la Salud. Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge (WHO/NUT/98.1). Ginebra: OMS, 1998.

Organización Mundial de la Salud. Safe vitamin A dosage during pregnancy and lactation: Recommendations and report of a consultation. WHO/NUT/98.4. Ginebra: OMS, 1998.

---

1 Algunos alimentos, particularmente los de origen vegetal (frutas, verduras y aceites), son ricos en carotenoides y otras sustancias que el cuerpo convierte en vitamina A.

2 Xeroftalmia es un término utilizado para describir una variedad de problemas oculares derivados de la deficiencia de vitamina A.

3 Los niños no amamantados en zonas con deficiencia de vitamina A deberían recibir 50,000 UI de vitamina A a la mayor brevedad posible. Algunos países y algunos nutricionistas recomiendan que, en zonas con deficiencia de vitamina A, todos los niños menores de seis meses reciban una dosificación periódica de 50,000 UI de vitamina A al nacer y en cada uno de los contactos posteriores para propósitos de inmunización. Estas recomendaciones se encuentran bajo estudio en organismos internacionales.

4 Un estudio realizado recientemente en Nepal reveló que el hecho de suplementar a mujeres con dosis bajas de vitamina A (menos de 25,000 UI) semanalmente antes, durante y después del embarazo reducía la ceguera nocturna y disminuía en un 40 por ciento la mortalidad materna.

5 Esta recomendación se encuentra bajo estudio y podría aumentarse, de acuerdo a los resultados de trabajos de investigación actualmente en curso.

6 Las madres que no amamantan en zonas con deficiencia de vitamina A deberían recibir un suplemento de vitamina A de dosis alta en las seis primeras semanas del postparto.

Para mayores informaciones, visite nuestro sitio web en www.linkagesproject.org o bien comuníquese con nosotros como sigue: correo electrónico: linkages@aed.org
teléfono: (202) 884-8221
fax: (202) 884-8977

Datos importantes sobre alimentación es una publicación de LINKAGES: Breastfeeding, LAM and Related Complementary Feeding and Maternal Nutrition Program. LINKAGES es financiado por GH/HIDN, una oficina de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), bajo los términos del acuerdo de cooperación No. HRN-A-00-97-00007-00. LINKAGES es administrado por la Academia para el Desarrollo Educativo (AED). Las opiniones expresadas en este documento son las de los autores y no reflejan necesariamente los criterios de la USAID. Actualizado en diciembre 2002

PS

Facts for Feeding

Guidelines for Appropriate Complementary Feeding of Breastfed Children 6–24 Months of Age

Facts for Feeding is a series of publications on recommended feeding and dietary practices to improve nutritional status at various points in the life cycle. This issue focuses on children 6-24 months of age. Policy makers, health care providers, and communicators can use these guidelines for developing messages and activities appropriate to local conditions.

- ***Appropriate complementary feeding promotes growth and prevents stunting among children 6–24 months.*** The period of complementary feeding is when other foods or liquids are provided along with breastmilk. Rates of malnutrition usually peak at this time with consequences that persist throughout life. Stunting is seldom reversed in later childhood and adolescence. Inadequate feeding of girl children also affects nutrient stores, subsequent reproductive health, and the risk of maternal mortality.

- ***Appropriate complementary feeding involves a combination of practices to maintain breastmilk intake and, at the same time, improve the quantity and quality of foods children consume.*** The 6–11 month period is an especially vulnerable time because infants are just learning to eat and must be fed soft foods frequently and patiently. Care must be taken to ensure that these foods complement rather than replace breastmilk. For older infants and toddlers, breastmilk continues to be an important source of energy, protein, and micronutrients. Therefore, breastfeeding should continue through 24 months and beyond.

Improving complementary feeding requires a combination of strategies. Energy intake can be increased by increasing breastfeeding frequency, increasing food portion sizes, feeding children more frequently, and/or providing more energy-dense foods. Micronutrient intake can be increased by diversifying the diet to include fruits, vegetables, and animal products; using fortified foods; and/or giving supplements. Choosing food combinations that enhance micronutrient absorption is also important.

Programs to improve complementary feeding must conduct local assessments. These assessments will determine the appropriate emphasis to give each of the practices listed on the following pages. Local studies should identify local diets and current good practices to be supported, test options for improving the traditional diet and related feeding practices, and identify target audiences and effective strategies for reaching them.

PS 031408

LINKAGES ◆ Academy for Educational Development ◆ 1825 Connecticut Ave, NW, Washington, DC 20009
Phone (202) 884-8000 ◆ Fax (202) 884-8977 ◆ Email linkages@aed.org ◆ www.linkagesproject.org

Recommended Practices for

✔ ***Continue frequent, on-demand breastfeeding, including night feeding for infants***

✔ ***Introduce complementary foods beginning at six months of age***

✔ ***Increase food quantity as the child ages–while maintaining frequent breastfeeding***

- Provide 6–8 month old infants *approximately* 280 kcal per day from complementary foods.
- Provide 9–11 month old infants *approximately* 450 kcal per day from complementary foods.
- Provide 12–24 month old children *approximately* 750 kcal per day from complementary foods.
- Local research is needed to determine the best combinations of foods and practices to achieve these levels of energy intake.

✔ ***Increase feeding frequency as the child ages, using a combination of meals and snacks***

- Feed 6–8 month old infants complementary foods 2–3 times per day.
- Feed 9–11 month old infants complementary foods 3–4 times per day.
- Feed 12–24 month old children complementary foods 4–5 times per day.

✔ ***Gradually increase food consistency and variety as the child ages, adapting the diet to the infant's requirements and abilities***

- Feed mashed and semi-solid foods, softened with breastmilk, if possible, beginning at 6 months of age.
- Feed energy-dense combinations of soft foods to 6–11 month olds.
- Introduce "finger foods" (snacks that can be eaten by children alone) beginning around 8 months of age.
- Make the transition to the family diet at about 12 months of age.

Breastfed Children 6–24 Months

✔ ***Diversify the diet to improve quality and micronutrient intake***

- Feed vitamin A-rich fruits and vegetables daily.
- Feed meat, poultry, or fish daily or as often as possible, if feasible and acceptable.
- Use fortified foods, such as iodized salt, vitamin A-enriched sugar, iron-enriched flour or other staples, when available.
- Give vitamin-mineral supplements when animal products and/or fortified foods are not available.

✔ ***Practice active feeding***

- Feed infants directly and assist older children when they feed themselves.
- Offer favorite foods and encourage children to eat when they lose interest or have depressed appetites.
- If children refuse many foods, experiment with different food combinations, tastes, textures, and methods for encouragement.
- Talk to children during feeding.
- Feed slowly and patiently and minimize distractions during meals.
- Do not force children to eat.

✔ ***Practice frequent and active feeding during and after illness***

- During illness, increase fluid intake by more frequent breastfeeding, and patiently encourage children to eat favorite foods.
- After illness, breastfeed and give foods more often than usual, and encourage children to eat more food at each sitting.

✔ ***Practice good hygiene and proper food handling***

- Wash caregivers' and children's hands before food preparation and eating.
- Serve foods immediately after preparation.
- Use clean utensils to prepare and serve food.
- Serve children using clean cups and bowls, and never use feeding bottles.

Supporting advice for caregivers and families

- Make sure children's immunization schedules are complete by 1 year of age.
- Use ORT to rehydrate children during diarrhea.
- Give liquid iron supplements daily (12.5 mg/day) to infants 6 months to 1 year of age if daily vitamin-mineral supplements or iron-fortified foods are not being given. If the prevalence of anemia is known to be very high (40 percent or more), continue supplementation until 24 months of age. For low birthweight infants, start supplementation at 3 months.
- Give semi-annual, high-dose vitamin A supplements after 6 months (100,000 IU for infants and 200,000 IU for children 12 months and older) in areas where vitamin A deficiency occurs.
- Seek appropriate health care for fever, diarrhea, respiratory infections, malaria, hookworm, and other infections.
- Encourage children's psycho-social development by providing them with opportunities for exploration and autonomy.
- Ensure adequate maternal nutrition and micronutrient status to improve women's health and support optimal breastfeeding.
- Give mothers a high-dose vitamin A supplement (200,000 IU) immediately after delivery or within 8 weeks post-partum in areas where vitamin A deficiency occurs.
- Practice family planning that does not interfere with breastfeeding to space children and allow for maternal recuperation.
- Use condoms, consistently and correctly, to prevent transmission of HIV.

References

Brown KH, Dewey KG, Allen LH. *Complementary Feeding of Young Children in Developing Countries: A Review Of Current Scientific Knowledge*. WHO/UNICEF, 1998.

Dickin K, Griffiths M, Piwoz E. *Designing by Dialogue: A Program Planners Guide to Consultative Research to Improve Young Child Feeding*. Washington DC: Academy for Educational Development, 1997.

Nestel P, Alnwick D. *Iron/Multi-Micronutrient Supplements for Young Children: Summary and Conclusions of a Consultation held at UNICEF, Copenhagen, Denmark, August 19-20, 1996.* OMNI, 1997.

This issue of *Facts for Feeding* is a joint publication of LINKAGES (Breastfeeding, Complementary Feeding, and Maternal Nutrition Program) and the SARA (Support for Analysis and Research in Africa) Project. LINKAGES is supported by G/HPN/HN, the United States Agency for International Development (USAID) under Cooperative Agreement No. HRN-A-00-97-00007-00, and SARA is funded by USAID's Bureau for Africa under Contract No. AOT-C-00-99-00237-00. LINKAGES and SARA are both managed by the Academy for Educational Development.

Updated October 2001

PS

Faits d'Alimentation

Directives pour une alimentation complémentaire appropriée pour les enfants allaités, âgés de 6 à 24 mois

Notes aux communicateurs

- ***Une alimentation complémentaire appropriée encourage la croissance et empêche la malnutrition chronique chez les enfants de 6 à 24 mois.*** La période de l'alimentation complémentaire est une période où d'autres aliments ou liquides sont fournis de pair avec le lait maternel. Généralement, les taux de malnutrition atteignent un maximum à cette époque et les conséquences persistent pendant toute la vie. La malnutrition chronique peut rarement être changée par la suite au moment de l'enfance et de l'adolescence. Une alimentation inadéquate des petites filles affecte souvent leurs réserves de nutriments et comporte des conséquences ultérieures sur la santé reproductive, entraînant un risque de mortalité maternelle.

- ***Une alimentation complémentaire appropriée suppose une combinaison de pratiques maintenant les apports de lait maternel et améliorant parallèlement la quantité et la qualité des aliments que les enfants consomment.*** La période de 6 à 11 mois est une époque particulièrement vulnérable parce que le jeune enfant est juste en train d'apprendre à manger et doit recevoir des aliments peu consistants, préparés tout spécialement. Il faut lui donner à manger souvent et avec patience. Il faut faire attention à ce que ces aliments complètent et non remplacent le lait maternel. Pour les nourrissons plus âgés et les enfants qui commencent à marcher, le lait maternel continue à être une source importante d'énergie, de protéines et de micronutriments. Par conséquent, il faut continuer à allaiter jusqu'à l'âge de 24 mois et au-delà.

- ***Améliorer l'alimentation complémentaire suppose une combinaison de stratégies.*** L'apport en énergie peut être augmenté en donnant plus souvent le sein, en augmentant la taille des portions alimentaires, en donnant à manger plus souvent aux enfants et/ou en fournissant des aliments plus riches en énergie. L'apport en micronutriments peut être augmenté grâce à un régime alimentaire diversifié qui comprend des fruits, des légumes et des produits d'animaux, en utilisant des aliments fortifiés et/ou en donnant des suppléments. Il est également important de choisir des combinaisons alimentaires qui renforcent l'absorption en micronutriments.

- ***Les programmes d'amélioration de l'alimentation complémentaire doivent faire des évaluations locales.*** Ces évaluations détermineront la priorité qu'il faut accorder à chacune des pratiques mentionnées aux pages suivantes. Les études locales devraient identifier les bonnes pratiques et les régimes alimentaires locaux qu'il faut soutenir, tester les options pour améliorer le régime alimentaire traditionnel et les pratiques alimentaires connexes et identifier les publics cibles et les stratégies efficaces en vue de les atteindre.

PS 031408

AED ◆ 1825 Connecticut Avenue NW, Suite 900, Washington, DC 20009 ◆ (202) 884-8700 Fax: (202) 884-8977

Pratiques recommandées pour les

✔ ***Continuer l'allaitement fréquent, sur demande, y compris la nuit pour les nourrissons***

✔ ***Introduire des aliments complémentaires à l'âge de six mois environ***

✔ ***Augmenter la quantité de nourriture au fur et à mesure que l'enfant grandit, tout en maintenant un allaitement fréquent***

- Fournir aux nourrissons âgés de 6 à 8 mois *environ* 280 kcal par jour à partir des aliments complémentaires.
- Fournir aux nourrissons âgés de 9 à 11 mois *environ* 450 kcal par jour à partir des aliments complémentaires.
- Fournir aux enfants âgés de 12 à 24 mois *environ* 750 kcal par jour à partir des aliments complémentaires.
- Une recherche locale est nécessaire pour déterminer la meilleure combinaison d'aliments et de pratiques pour arriver à ces niveaux d'apport en énergie.

✔ ***Accroître la fréquence d'alimentation au fur et à mesure que l'enfant grandit, en utilisant une combinaison de repas et de goûters***

- Donner 2 à 3 repas complémentaires par jour aux nourrissons âgés de 6 à 8 mois.
- Donner 3 à 4 repas complémentaires par jour aux nourrissons âgés de 9 à 11 mois.
- Donner 4 à 5 repas complémentaires par jour aux enfants âgés de 12 à 24 mois.

✔ ***Augmenter progressivement la consistance alimentaire et la variété au fur et à mesure que le nourrisson grandit, en adaptant le régime alimentaire à ses besoins et capacités***

- Donner à manger des aliments écrasés et semi-solides (ramollis par du lait maternel si possible) aux nourrissons, en commençant à l'âge de 6 mois environ.
- Donner des combinaisons riches en énergie d'aliments peu consistants aux nourrissons de 6 à 11 mois.
- Introduire des «aliments-doigts» (des goûters que les enfants peuvent manger tout seuls) à l'âge de 8 mois environ.
- Faire la transition et passer au régime alimentaire de la famille à l'âge de 12 mois environ.

enfants allaités, âgés de 6 à 24 mois

✔ ***Diversifier le régime alimentaire pour améliorer la qualité et l'apport en micronutriments***

- Donner tous les jours des fruits et des légumes riches en vitamine A.
- Donner tous les jours ou aussi souvent que possible de la viande, du poulet ou du poisson, si c'est faisable et acceptable.
- Utiliser des aliments fortifiés, s'ils sont disponibles, par exemple du sel iodé, du sucre avec de la vitamine A, de la farine avec autres produits de base fortifiés du fer.
- Donner des suppléments de vitamines et de minéraux lorsque des produits d'animaux et/ou des aliments fortifiés ne sont pas disponibles.

✔ ***Pratiquer l'alimentation active***

- Donner à manger directement aux jeunes enfants et aider ceux plus âgés qui se nourrissent eux-mêmes.
- Offrir des aliments favoris et encourager les enfants à manger s'ils perdent l'intérêt ou ont moins d'appétit.
- Si les enfants refusent un grand nombre d'aliments, essayer d'autres goûts, combinaisons alimentaires, consistances et méthodes d'encouragement.
- Parler aux enfants pendant qu'ils mangent.
- Leur donner à manger lentement et avec patience et garder à un minimum les distractions pendant les repas.
- Ne pas forcer les enfants à manger.

✔ ***Pratiquer une alimentation fréquente et active pendant et après une maladie***

- Pendant la maladie, donner plus de liquides en allaitant plus souvent et encourager avec patience l'enfant à manger des aliments favoris.
- Après la maladie, allaiter et donner des aliments plus souvent que d'habitude et encourager les enfants à manger davantage lors de chaque repas ou goûter.

✔ ***Pratiquer une bonne hygiène et une bonne manutention des aliments***

- Laver les mains des enfants et des personnes qui s'occupent des enfants avant la préparation de la nourriture et les repas.
- Servir immédiatement la nourriture après la préparation.
- Utiliser des ustensiles propres pour préparer et servir à manger.
- Servir les enfants en utilisant des tasses et bols propres et ne jamais utiliser des biberons.

Conseils de soutien aux personnes qui s'occupent des enfants et aux familles

- Vérifier que les calendriers de vaccinations des enfants sont achevés à l'âge d'un an.
- Utiliser la TRO pour réhydrater les enfants pendant les épisodes diarrhéiques.
- Donner tous les jours des suppléments liquides de fer (12,5 mg/jour) aux nourrissons de 6 mois à 1 an si l'on ne donne pas de suppléments quotidiens de vitamines et de minéraux. S'il existe une prévalence élevée d'anémie (40 pour cent ou plus), continuer la supplémentation jusqu'à l'âge de 24 mois. Pour les bébés qui sont nés avec un poids insuffisant, commencer la supplémentation à 3 mois.
- Donner deux fois par an des suppléments de vitamine A à dose élevée, après l'âge de 6 mois (100 000 IU pour les nourrissons et 200 000 IU pour les enfants de 12 mois et au-delà) dans les zones où existe une avitaminose A.
- Consulter les services de santé appropriés en cas de fièvre, diarrhée, infections respiratoires, paludisme, ankylostome et autres infections.
- Encourager le développement psychosocial des enfants en leur fournissant des occasions d'exploration et d'autonomie.
- Vérifier une bonne nutrition maternelle et un état adéquat en micronutriments pour amélioer la santé des femmes et soutenir l'allaitement maternel optimal.
- Donner aux mères un supplément de vitamine A à dose élevée (200 000 IU) immédiatement après l'accouchement ou dans les 8 semaines post-partum maximum dans les zones où existe une avitaminose A.
- Pratiquer la planification familiale qui n'interfère pas avec l'allaitement matérnel, pour espacer les naissances et permettre à la mère de récupérer.
- Utiliser des condoms, régulièrement et correctement, pour prévenir la transmission du VIH.

Références

Brown KH, Dewey KG, Allen LH. *Complementary Feeding of Young Children in Developing Countries : A Review Of Current Scientific Knowledge.* OMS/UNICEF, à paraître, 1997.

Dickin K, Griffiths M, Piwoz E. *Planifier par le dialogue : Un guide sur les méthodes consultatives de recherche pour améliorer la nutrition du jeune enfant.* Washington DC : Académie pour le développement de l'éducation, 1997.

Nestel P, Alnwick D. *Iron/Multi-Micronutrient Supplements for Young Children: Summary and conclusions of a consultation held at UNICEF, Copenhagen, Denmark, August 19-20, 1996.* OMNI, 1997.

Le présent numéro de Faits d'alimentation est une publication conjointe du Projet LINKAGES (Programme d'allaitement maternel, d'alimentation complémentaire et de nutrition maternelle) et du Projet SARA (Soutien pour l'analyse et la recherche en Afrique). LINKAGES reçoit un soutien de G/HPN/HN, de Global et de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), aux termes de l'Accord coopératif No. HRN-A-00-97-00007-00 et SARA est financé par le Bureau Afrique de l'USAID, aux termes du Contrat No. AOT-0483-C-00-2178-00. LINKAGES et SARA sont tous deux administrés par l'Académie pour le développement de l'éducation.

Novembre 1997

PS

Datos importantes sobre alimentación

Pautas para la alimentación complementaria adecuada de lactantes de 6 a 24 meses de edad

Datos importanted sobre alimentación forma parte de una serie de publicaciones sobre métodos dietéticos y de alimentación para mejorar el estdo nutricional en diversos puntos del ciclo de vida. Este número está dedicado a los 6 a 24 meses de vida. Los responsables de políticas, los proveedores de atención de salud y los comunicadores pueden usar estas pautas para preparar mensajes y actividades adecuadas a las condiciones locales.

- ***La alimentación complementaria adecuada favorece el crecimiento normal y evita el retardo en el crecimiento de los lactantes de 6 a 24 meses de edad.*** Durante el período de alimentación complementaria, el lactante recibe otros alimentos, sólidos y/o líquidos, además de la leche materna. Por lo general, las tasas de malnutrición alcanzan su nivel más alto durante este período y sus consecuencias persisten a lo largo de toda la vida. El retardo en el crecimiento rara vez puede ser recuperado durante la niñez tardía o la adolescencia. Además, la alimentación inadecuada de las niñas compromete sus reservas de nutrientes y su futura salud reproductiva, aumentando el riesgo de mortalidad materna.

- ***La alimentación complementaria adecuada comprende una combinación de prácticas para mantener la ingesta de leche materna y, al mismo tiempo, mejorar la calidad y la cantidad de los alimentos que los niños o las niñas consumen.*** Durante el período que va de los 6 a los 11 meses los lactantes son particularmente vulnerables porque están aprendiendo a comer y hay que darles alimentos blandos, con frecuencia y con paciencia. Es necesario prestar mucha atención para asegurarse de que estos alimentos complementen y no reemplacen a la leche materna. Durante el segundo año de vida, la leche materna sigue siendo una fuente importante de energía, proteínas y micronutrientes. Por lo tanto, la lactancia materna debería continuar hasta los 24 meses o más.

- ***El mejoramiento de la alimentación complementaria requiere una combinación de estrategias.*** La ingesta calórica puede mejorarse incrementando la frecuencia del amamantamiento, aumentando el tamaño de las porciones de los alimentos, alimentando a los niños o las niñas con mayor frecuencia y/o suministrando alimentos de mayor densidad calórica. La ingesta de micronutrientes puede aumentarse diversificando la dieta, incluyendo frutas, verduras, y productos de origen animal, suministrando alimentos enriquecidos, y/o suplementos. También es importante seleccionar combinaciones de alimentos que favorezcan la disponibilidad y la absorción de los micronutrientes.

- ***Los programas para mejorar la alimentación complementaria deben realizar evaluaciones a nivel local.*** Estas evaluaciones ayudarán a determinar el grado de importancia que deberá asignarse a cada una de las prácticas incluidas en las siguientes páginas. Los estudios a nivel local deberían identificar las dietas del lugar y los comportamientos positivos existentes en materia de alimentación que se deben promover, probar las distintas opciones para mejorar la dieta tradicional y las prácticas afines de alimentación, e identificar el público destinatario y las estrategias eficaces para llegar hasta él.

PS 031408

LINKAGES ◆ Academy for Educational Development ◆ 1825 Connecticut Ave, NW, Washington, DC 20009
Phone (202) 884-8700 ◆ Fax (202) 884-8977 ◆ Email linkages@aed.org ◆ www.linkagesproject.org

Prácticas Recomendadas Para

✔ ***Seguir dando de mamar con frecuencia, cuando el niño o la niña lo pide, incluso durante la noche***

✔ ***Introducir alimentos complementarios a partir de los seis meses de edad***

✔ ***Aumentar la cantidad de alimentos a medida que el lactante crece a la vez que se mantiene la lactancia frecuente***

- Dar a los lactantes de 6 a 8 meses de edad 280 kcal diarias (aproximadamente) de alimentos complementarios.
- Dar a los lactantes de 9 a 11 meses de edad 450 kcal diarias (aproximadamente)de alimentos complementarios.
- Dar a los lactantes de 12 a 24 meses de edad 750 kcal diarias (aproximadamente)de alimentos complementarios.
- Para determinar las mejores combinaciones de alimentos y las prácticas más indicadas para alcanzar estos niveles de consumo calórico, es necesario realizar estudios a nivel local.

✔ ***Aumentar la frecuencia de la alimentación a medida que el lactante crece, utilizando una combinación de comidas y colaciones***

- Dar a los lactantes de 6 a 8 meses alimentos complementarios 2 a 3 veces al día.
- Dar a los lactantes de 9 a 11 meses alimentos complementarios 3 a 4 veces al día.
- Dar a los lactantes de 12 a 24 meses alimentos complementarios 4 a 5 veces al día.

✔ ***Aumentar gradualmente la consistencia y la variedad de los alimentos a medida que el lactante crece, adaptando la alimentación a sus necesidades y habilidades***

- Dar purés y alimentos semisólidos, ablandados con leche materna si es posible, a partir de los 6 meses de edad.
- Dar combinaciones de alimentos blandos y densos en calorías a los lactantes de 6 a 11 meses de edad.
- Introducir alimentos que se puedan comer con las manos (colaciones que el lactante pueda comer sin necesidad de ayuda) a partir de los 8 meses de edad aproximadamente.
- Hacer la transición a la dieta familiar a los 12 meses de edad aproximadamente.

Lactantes de 6 a 24 Meses

✔ ***Diversificar la dieta para mejorar la calidad y la ingesta de micronutrientes***

- Dar al lactante diariamente frutas y verduras ricas en vitamina A.
- Dar carne, pollo o pescado diariamente (o lo más a menudo posible), si es factible y aceptable.
- Utilizar siempre que sea posible alimentos enriquecidos, tales como sal yodada, azúcar enriquecido con vitamina A y harina u otros alimentos enriquecidos con hierro.
- Dar suplementos de vitaminas y minerales si no se dispone de productos animales y/o enriquecidos.

✔ ***Practicar la alimentación activa***

- Alimentar a los lactantes directamente y ayudar a los niños o las niñas más grandes cuando comen solos/as.
- Ofrecer a los niños o las niñas sus alimentos preferidos y alentarlos/as a comer cuando pierden el interés por la comida o tienen poco apetito.
- En caso de que los niños o las niñas rechacen muchos alimentos, probar con diferentes combinaciones de alimentos, gustos, texturas y métodos para animarlos a comer.
- Hablar con los niños o las niñas mientras se les está dando de comer.
- Dar los alimentos lentamente, con paciencia, reduciendo al mínimo las distracciones durante las comidas.
- No forzar a los niños o las niñas a comer.

✔ ***Practicar la alimentación activa y frecuente, durante y después de una enfermedad***

- Durante una enfermedad aumentar la ingesta de líquidos dando de mamar con mayor frecuencia y animando al niño o niña, con paciencia, a comer sus alimentos preferidos.
- Después de una enfermedad, dar de mamar y de comer con mayor frecuencia de lo habitual, alentando a los/as niños/as a comer más alimentos cada vez que les toca comer.

✔ ***Practicar la higiene personal y el manejo adecuado de los alimentos***

- La persona que cuida al lactante debe lavarse las manos antes de preparar los alimentos y lavar las manos del lactante antes de darle de comer.
- Servir los alimentos inmediatamente después de la preparación.
- Utilizar utensilios limpios para preparar y servir los alimentos.
- Servir a los niños o las niñas utilizando tazas u otros recipientes limpios y no usar nunca biberones.

Consejos de apoyo para la familia y personas que se ocupan de los lactantes

- Asegurarse de que hacia el final del primer año de vida, el niño o la niña haya recibido todas las vacunas prescritas.
- Utilizar sales de rehidratación oral (SRO) para rehidratar a los lactantes cuando tienen diarrea.
- Dar diariamente suplementos de hierro en forma líquida (12,5 mg./día) a los lactantes de 6 meses a 1 año de edad si no se les está dando suplementos de vitaminas y minerales o alimentos enriquecidos con hierro. Si se sabe que la prevalencia de la anemia es muy alta (40 por ciento o más) continuar la suplementación hasta los 24 meses de edad. Para los lactantes nacidos con bajo peso, empezar la suplementación a los 3 meses.
- Administrar semestralmente suplementos de vitamina A en dosis altas (100.000 UI después de los seis meses y 200.000 UI a partir de los 12 meses) en zonas donde haya deficiencia de vitamina A.
- Buscar atención médica adecuada en caso de fiebre, diarrea, infecciones respiratorias, malaria, anquilostomiasis y otras infecciones.
- Fomentar el desarrollo psicosocial de los niños o las niñas brindándoles la oportunidad de explorar y de ser autónomos/as.
- Asegurarse de que la nutrición de la madre sea adecuada y determinar su estado nutricional relativo a micronutrientes con el objeto de mejorar la salud de las mujeres y apoyar la lactancia materna óptima.
- Dar a las madres una dosis elevada de vitamina A (200.000 UI) inmediatamente después del parto o en el transcurso de las 8 semanas después del parto allí donde haya deficiencia de vitamina A.
- Adoptar un método de planificación familiar que no interfiera con la lactancia materna para espaciar los nacimientos y facilitar la recuperación de la madre.
- Utilizar preservativos, regular y correctamente, para prevenir la transmisión del VIH.

Bibliografía

Brown KH, Dewey KG, Allen LH. *Complementary Feeding of Young Children in Developing Countries: A Review of Current Scientific Knowledge.* OMS/UNICEF de próxima publicación, 1997.

Dickins K, Griffiths M, Piwoz E. *Designing by Dialogue: A Program Planners Guide to Consultative Research to Improve Young Children Feeding.* Washington DC: Academy for Educational Development, 1997.

Nestel P, Alnwick D. *Iron/Multi-Micronutrient Supplements for Young Children: Summary and conclusions of a consultation held at UNICEF, Copenhagen, Dinamarca, agosto 19-20, 1996.* OMNI, 1997.

Este número de *Datos importantes sobre alimentación* es una publicación conjunta de LINKAGES (Programa de Lactancia Materna, Alimentación Complementaria, y Nutrición Materna) y del Proyecto SARA (Apoyo para el Análisis y la Investigación en África). LINKAGES es financiado por GH/HIDN, una oficina de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), bajo los términos del acuerdo de cooperación HRN-A-00-97-00007-00. SARA es financiado por la Oficina para África,de USAID de conformidad con el Contrato No. AOT-0483-C-00-2178-00. LINKAGES y SARA son administrados por la Academia para el Desarrollo Educacional.

Noviembre de 2002 (revisado)

PS

BREASTFEEDING AND HIV/AIDS
Frequently Asked Questions (FAQ)

FAQ SHEET 1 | From the LINKAGES Project | UPDATED May 2001

HIV passes via breastfeeding to about 1 out of 7 infants born to HIV-infected women. But in many situations where there is a high prevalence of HIV, the lack of breastfeeding is also associated with a three- to five-fold increase in infant mortality. Infants can die from either the failure to appropriately breastfeed or from the transmission of HIV through breastfeeding.

Furthermore, less than five percent of adults have access to HIV testing. In many countries with high prevalence of HIV, uninfected women may think they have the virus. In the absence of breastfeeding promotion, they may stop breastfeeding even though breastfeeding remains one of the most effective strategies to improve the health and chances of survival of both mother and child.

FAQ Sheet is a series of publications of Frequently Asked Questions on topics addressed by the LINKAGES Project. This issue provides recommendations on breastfeeding and HIV. It reviews the latest information on the transmission of HIV via breastfeeding and provides programmatic guidance for field activities. Further information is available in publications listed at the end of this FAQ Sheet.

How many infants are at risk of HIV?

Risk to infants of HIV-infected mothers. Analyses of data show that approximately 20 percent of infants of HIV-infected mothers are infected before or during delivery. If all HIV-infected mothers breastfeed, another 14 percent of their infants will be infected through breastfeeding. This means that about two-thirds of children of HIV-infected women *will not* become infected.

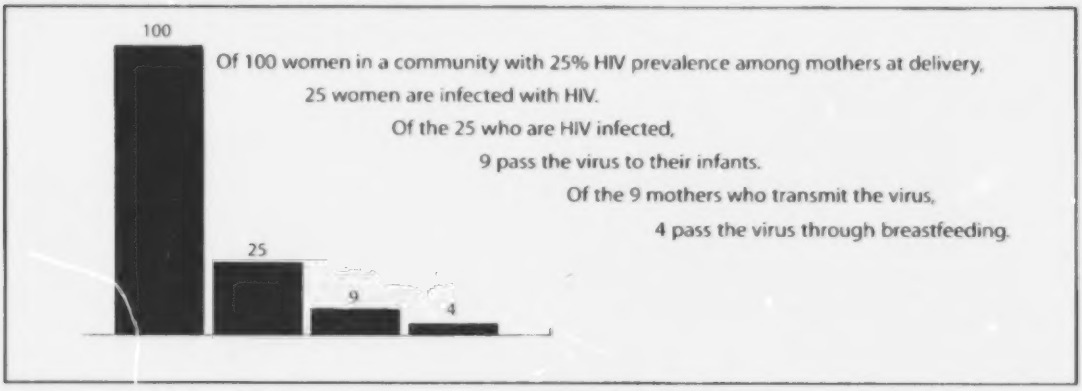
Risk to all infants in a community. Although the percentage of mothers infected with HIV approaches 40 percent in some African communities, it generally is much lower, rarely above 25 percent (one in four).

The risk of HIV transmission via breastfeeding can be calculated by multiplying the HIV prevalence rate among mothers at the time of delivery (25 percent in the example below) by 14 percent (25 percent at risk x 14 percent infected through breastfeeding = 3.5 percent, or rounded to 4 percent). In other words, even where 25 percent of women are infected with HIV and all of them breastfeed, less than 4 percent of all infants in the community will be infected through breastfeeding.

PS 031408

LINKAGES ■ Academy for Educational Development ■ 1825 Connecticut Avenue, NW Washington, DC 20009
Phone (202) 884-8700 ■ Fax (202) 884-8977 ■ E-mail linkages@aed.org

Figure 1. Risk of Mother-to-Child Transmission of HIV in Communities in Developing Countries with 25 Percent HIV Prevalence



Q *Should mothers with HIV be advised not to breastfeed?*

IT DEPENDS . . .

IF a mother knows she is infected, and
IF breastmilk substitutes are affordable and can be fed safely with clean water, and
IF adequate health care is available and affordable,
THEN the infant's chances of survival are greater if fed artificially.

HOWEVER,

IF infant mortality is high due to infectious diseases such as diarrhea and pneumonia, or
IF hygiene, sanitation, and access to clean water are poor, or
IF the cost of breastmilk substitutes is prohibitively high, or
IF access to adequate health care is limited,
THEN breastfeeding may be the safest feeding option even when the mother is HIV-positive.

Even where clean water is accessible, the cost of locally available formula exceeds the average household's income. Families cannot buy sufficient supplies of breastmilk substitutes and tend to:

- over-dilute the breastmilk substitute,
- under-feed their infant, or
- replace the breastmilk substitute with dangerous alternatives.

In the 50 poorest developing countries, infant mortality averages over 100 deaths per thousand live births. **Artificial feeding can triple the risk of infant death.**

Q *If a mother with HIV breastfeeds, how can she reduce the risk of transmission?*

HIV-positive women may be able to reduce the risk of transmission by:

- **Exclusively breastfeeding for the first six months.** Many experts believe that the safest way to breastfeed in the first six months is to do so exclusively, without adding any other foods or fluids to the infant's diet. These additions are not needed and may cause gut infections that could increase the risk of HIV transmission. In South Africa, mothers who reported exclusively breastfeeding for at least three months *were less likely* to transmit the virus to their infants than mothers who introduced other foods or fluids before three months. Moreover, their risk of transmitting the vi-

rus was no greater than among mothers who never breastfed.

- **Shortening the total duration of breastfeeding.** There is evidence that the risk of transmission continues as long as the infant is breastfed. The risk of death due to replacement feeding is greatest in the first few months and becomes lower over time. Therefore, in some cases the best strategy may be for a mother to stop breastfeeding early and to introduce breastmilk substitutes as soon as an available replacement method becomes safer. The optimum time and strategy for introducing substitutes, however, is not known and varies with the situation.

- **Preventing and promptly treating oral lesions and breast problems.** If an infant has oral lesions (commonly caused by thrush) or if a mother has breast problems such as cracked nipples or mastitis, the risk of transmission is higher.

- **Taking anti-retroviral drugs.** In a recent clinical trial in Uganda, a single dose of nevirapine to a mother during labor and another to her infant after delivery reduced transmission in breastfed infants by 42 percent through six weeks and by 35 percent through 12 months. The simplicity and lower cost of the nevirapine regimen—compared with other regimens that are prohibitively expensive for most poor households—offers hope that it will become an important component of programs to reduce mother-to-child transmission. Studies are being conducted to find out if nevirapine used during the breastfeeding period can further reduce transmission.

What are the current international recommendations on breastfeeding and HIV?

In May 1997, a policy statement was issued by UNAIDS—the United Nations system's joint program on HIV/AIDS—whose sponsors include the World Health Organization and UNICEF. The statement, which is supported by technical advisers within USAID and LINKAGES, emphasizes supporting breastfeeding in all populations; improving access to HIV counseling and testing; providing information to empower parents to make fully informed decisions; reducing women's vulnerability to HIV infection; and preventing commercial pressures to provide artificial feeding. It also recommends weighing the rates of illness and death from infectious diseases and the availability of safe alternatives to breastfeeding, against the risk of HIV transmission when recommending feeding practices. The policy emphasizes the need for parents to make their own infant feeding decisions based on the best available information.

Subsequently, in 1998, the UN agencies published guidelines for policy makers and health care managers to help countries implement this policy. Pilot projects underway in many countries offer voluntary counseling and testing as a part of antenatal services. Pregnant women who test positive for HIV receive counseling on infant feeding options, among other things. To fully understand the positive and negative effects on feeding practices and infant health in the general population, it is important that these efforts are adequately monitored and evaluated.

The International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes was introduced by the World Health Organization in 1981 to counter the negative effects of the introduction of breastmilk substitutes in developing countries. The Code's provisions are particularly relevant in this era of HIV and should continue to be promoted and observed. The effects of a general reduction in breastfeeding practices would be disastrous for child health and survival.

Q: *How can an organization support breastfeeding while reducing mother-to-child transmission of HIV?*

Promote safer sexual behavior. The best way of protecting children from HIV is to help women avoid HIV infection. Most infection is through unprotected sexual intercourse. The risk of infection can be decreased by the use of condoms. Methods of protection that women themselves can control are urgently needed. Treating and preventing other sexually transmitted diseases can also help decrease the risk of HIV transmission. Improving the economic and social conditions of women and girls also would reduce their vulnerability to coercive and other unsafe sexual situations.

Provide universal access to voluntary and confidential HIV testing and counseling for both men and women. At present, testing is not generally available. Many of the strategies proposed for reducing mother-to-child transmission assume that the mother's HIV status is known. Even where testing is available, mothers often do not want to know their status or cannot be assured that test results will be confidential.

Communicate the advantages of knowing one's HIV status. If a mother knows she is infected, she can try to minimize the risk of transmission to her partners and children and, if she chooses, avoid further pregnancies. As part of her counseling, she should be given information on the risks and benefits of infant feeding options. If she knows she is not infected, she should be counseled to breastfeed, knowing that there is no risk of infecting her child. She should also be motivated to protect herself from further risk of infection. Stimulating demand for testing by emphasizing these advantages along with ensuring the availability of confidential testing is essential.

Provide training to health workers and technical information to opinion makers. Health care providers and groups with public influence—such as the media, policy makers, and health advocates—need accurate technical information on this issue to prevent the spread of misinformation and to maintain the strength and credibility of breast-feeding promotion activities.

Provide counseling guidelines to health workers. UN agencies have developed counseling guidelines for health workers and policy makers that address the risks and benefits of available infant feeding methods and how to make the chosen method of infant feeding as safe as possible. However, until testing programs that help women know their HIV status are available, such guidelines are of limited use.

Continue to promote, protect, and support breastfeeding. In the absence of breastfeeding promotion, there is a danger that information about HIV transmission during breastfeeding will result in inappropriate discontinuation of breastfeeding among both infected and uninfected mothers. Breastfeeding promotion should include continued efforts to monitor the observance of the provisions of the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes and the use and misuse of information on breastfeeding and HIV.

Support research. Policies and programs remain hampered by uncertainty. We need to know more about factors that influence transmission rates and about the risks associated with different feeding alternatives in poor environments. Currently, the stage of infection, breastfeeding patterns and duration, related lesions and illness, anti-retroviral therapies, micronutrients, and nutritional status are all being explored as possible influences on transmission. In studies of infant feeding practices, there is a particular need to distinguish different patterns of breastfeeding using standard definitions. We also need to translate this information into knowledge that the mother can use to make the best infant feeding decision for herself, her baby, and her family.

Box 1. HIV and Infant Feeding Counseling Guidelines in Resource-Poor Communities

Situation	Health Worker Guidelines
Mother's HIV status is unknown	• Promote availability and use of confidential testing • Promote breastfeeding as safer than artificial feeding* • Teach mother how to avoid exposure to HIV
HIV-negative mother	• Promote breastfeeding as safest infant feeding method (exclusive breastfeeding for first 6 months, introduction of appropriate complementary foods at about 6 months, and continued breastfeeding to 24 months and beyond) • Teach mother how to avoid exposure to HIV
HIV-positive mother who is considering her feeding options	• Treat with anti-retroviral drugs, if feasible • Counsel mother on the safety, availability, and affordability of feasible infant feeding options • Help mother choose and provide safest available infant feeding method • Teach mother how to avoid sexual transmission of HIV
HIV-positive mother who chooses to breastfeed	• Promote safer breastfeeding (exclusive breastfeeding up to 6 months, prevention and treatment of breast problems of mothers and thrush in infants, and shortened duration of breastfeeding when replacements are safe and feasible)
HIV-positive mother who chooses to feed artificially	• Help mother choose the safest alternative infant feeding strategy (methods, timing, etc.) • Support her in her choice (provide education on hygienic preparation, health care, family planning services, etc.)

* Where testing is not available and where mothers' HIV status is not known, widespread use of artificial feeding would improve child survival only if the prevalence of HIV is high and if the risk of death due to artificial feeding is low, a combination of conditions that does not generally exist.

Q *What advice can health workers give to mothers?*

Each situation is unique, and health workers must tailor their advice to the individual needs of each mother. Ultimately, the infant feeding choice is the mother's, but this decision should be based on the best information available. The role of the health worker is to provide this information and the support needed to make the mother's choice as safe as possible. Box 1 offers counseling guidelines for various situations.

For the woman who is not infected, breastfeeding is clearly the best choice. Breastfeeding remains one of the most effective strategies to improve the health and chances of survival of both the mother and child. It provides a complete and hygienic source of the infant's fluid and nutritional requirements through the first six months of life, as well as growth factors and antibacterial and antiviral agents that protect the infant from disease for up to two years and more. Breastfeeding also contributes to child spacing and women's long-term health.

Q *Does the same advice apply in emergency situations?*

The same infant feeding guidelines apply in emergencies. The risk of death due to diarrhea and acute respiratory infections as well as malnutrition is likely to be even greater in emergencies than in normal circumstances.

References

Coutsoudis A, Pillay K, Kuhn L, Spooner E, Tsai W-Y, Coovadia HM. Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban, South Africa. *AIDS* 15:379-387, 2001.

De Cock KM, Fowler MG, Mercier E, de Vincenzi I, Saba J, Hoff E, Alnwick DJ, Rogers M, Shaffer N. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: Translating research into policy and practice. *JAMA* 283:1175-1182, 2000.

Khun L, Stein Z. Infant survival, HIV infection, and feeding alternatives in less-developed countries. *Am J Public Health* 87:926B931, 1997.

Nduati R, Ross J. Mother-to-Child Transmission of HIV through Breastfeeding: Strategies for Prevention. In: Lamptey PR, Gayle H. *HIV/AIDS Prevention and Care in Resource-Constrained Settings: A Handbook for the Management of Programs.* Family Health International: Arlington VA, in press.

Nicoll A, Newell M-L., Peckham C, Luo C, Savage F. Infant feeding and HIV-1 infection. *AIDS* 14 (suppl 3): S57BS74, 2000.

Preble EA, Piwoz EG. *HIV and Infant Feeding: A Chronology of Research and Policy Advances and their Implications for Programs.* A joint publication of the LINKAGES and Support for Analysis and Research in Africa (SARA) Projects. Academy for Educational Development: Washington, DC: 1998.

Smith MM, Kuhn L. Exclusive breastfeeding: Does it have the potential to reduce breast-feeding transmission of HIV-1? *Nutr Rev* 58:333-340, 2000.

UNAIDS. HIV and Infant Feeding. http://www.us.unaids.org/highband/document/epidemio/infant.html

WHO/UNAIDS/UNICEF. *HIV and Infant Feeding: Guidelines for Decision-makers.* World Health Organization: Geneva, 1998.

WHO/UNAIDS/UNICEF. *HIV and Infant Feeding: A Guide for Health Care Managers and Supervisors.* World Health Organization: Geneva, 1998.

FAQ Sheet is a publication of LINKAGES: Breastfeeding, LAM, Complementary Feeding, and Maternal Nutrition Program. LINKAGES is supported by G/PHN/HN, the United States Agency for International Development (USAID) under the terms of Grant No. HRN-A-00-97-00007-00 and is managed by the Academy for Educational Development. The opinions expressed herein are those of the authors and do not necessarily reflect the views of USAID.

LINKAGES ▫ Academy for Educational Development ▫ 1825 Connecticut Avenue, NW Washington, DC 20009
Phone (202) 884-8000 ▫ Fax (202) 884-8977 ▫ E-mail linkages@aed.org

PS

Allaitement maternel et VIH/SIDA
Questions posées fréquemment

Fiche 1 Du Projet LINKAGES Mise à jour mai 2001

Le VIH est transmis par le biais de l'allaitement maternel à environ 1 nourrisson sur 7 dont la mère est infectée par le VIH. Mais dans de nombreuses situations où il existe une prévalence élevée du VIH, l'absence de l'allaitement maternel est également associée à une augmentation de trois à cinq fois de la mortalité infantile. Les nourrissons peuvent mourir, soit parce qu'ils ne reçoivent pas un allaitement maternel adéquat, soit parce que le VIH est transmis par le biais de l'allaitement maternel.

De plus, moins de cinq pour cent des adultes ont accès au test du VIH. Dans de nombreux pays connaissant une prévalence élevée du VIH, des femmes non infectées risquent de penser qu'elles ont contracté le virus. En l'absence de promotion de l'allaitement maternel, elles risquent d'arrêter d'allaiter leur bébé alors que l'allaitement maternel reste une des stratégies les plus efficaces pour améliorer la santé et les chances de survie tant de la mère que de l'enfant.

La fiche des questions posées fréquemment fait partie d'une série de publications sur des thèmes traités par le Projet LINKAGES. Le présent numéro comprend des recommandations sur l'allaitement maternel et le VIH. Il examine les dernières informations sur la transmission du VIH par le biais de l'allaitement maternel et fournit des directives programmatiques pour les activités de terrain. De plus amples informations sont disponibles dans les publications indiquées à la fin de la fiche.

Combien de nourrissons courent le risque de contracter le VIH ?

Risque pour les nourrissons des mères infectées par le VIH. Les analyses des données montrent que 20% environ des nourrissons dont les mères sont séropositives sont infectés avant ou pendant l'accouchement. Si toutes les mères infectées par le VIH allaitent, 14% en plus de leurs nourrissons seront infectés par le biais de l'allaitement maternel. Cela veut dire qu'environ deux tiers des enfants de mères infectées par le VIH *ne seront pas* infectés.

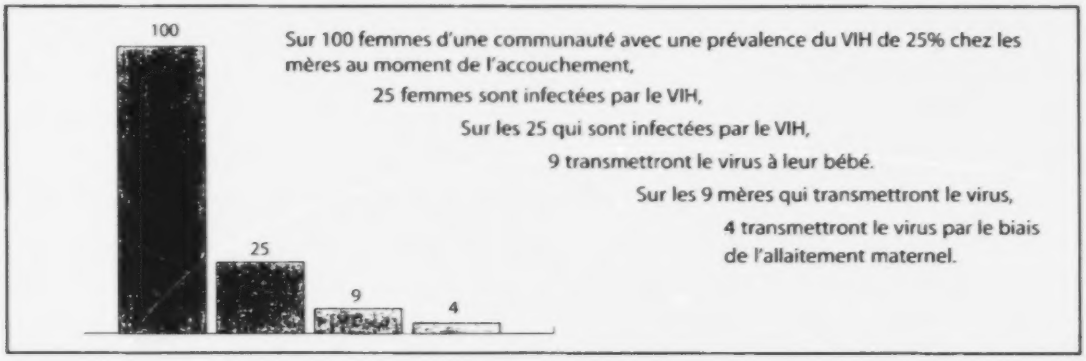
Risque pour tous les nourrissons d'une communauté. Bien que le pourcentage des mères infectées par le VIH soit proche de 40% dans certaines communautés africaines, le taux est généralement bien plus faible, dépassant rarement les 25% (une personne sur quatre).

Le risque de transmission du VIH par le biais de l'allaitement maternel peut être calculé en multipliant le taux de prévalence du VIH chez les mères au moment de l'accouchement (25% dans l'exemple ci-après) par 14% (25% à risque x 14% infectés par le biais de l'allaitement maternel = 3,5% ou arrondi à 4%). En d'autres termes, même si 25% des femmes sont infectées par le VIH et toutes d'entre elles allaitent leur bébé, moins de 4% de tous les nourrissons de la communauté seront infectés par le biais de l'allaitement maternel.

PS 031408

LINKAGES ■ Academy for Educational Development ■ 1825 Connecticut Avenue, NW, Washington, DC 20009
Phone (202) 884-8000 ■ Fax (202) 884-8977 ■ email linkages@aed.org ■ www.linkagesproject.org

Figure 1. Risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant dans les communautés des pays en développement avec une prévalence du VIH de 25%



Faudrait-il conseiller aux mères infectées par le VIH de ne pas allaiter ?

CELA DÉPEND .....

SI une mère sait qu'elle est infectée, et
SI des produits de remplacement du lait maternel sont abordables et peuvent être donnés en toute sécurité avec de l'eau salubre, et
SI des soins de santé adéquats sont disponibles et abordables,
ALORS les chances de survie du nourrisson sont meilleures s'il est nourri artificiellement.

CEPENDANT

SI la mortalité infantile est élevée suite aux maladies infectieuses telles que la diarrhée et la pneumonie ou
SI les mesures d'hygiène et d'assainissement ne sont pas adéquates et si on manque d'accès à l'eau potable ou
SI le coût des produits de remplacement du lait maternel est trop élevé et inabordable ou
SI l'accès à des soins de santé adéquats est limité,
ALORS l'allaitement maternel sera probablement l'option d'alimentation qui comporte le moins de risques-même si la mère est séropositive.

Même dans les endroits où on dispose d'eau potable, le coût des produits commerciaux à base de lait pour les nourrissons n'entre pas dans les moyens financiers d'une famille moyenne. Les ménages ne peuvent pas acheter des quantités suffisantes de produits de remplacement du lait maternel et ils ont tendance à :

- Diluer de trop le produit de remplacement du lait commercial,
- Sous-alimenter leur enfant ou
- Substituer au produit de remplacement d'autres options plus dangereuses.

Dans les 50 pays en voie de développement les plus pauvres, la mortalité infantile s'élève en moyenne à plus de 100 décès pour 1000 naissances vivantes. **L'alimentation artificielle peut tripler le risque de mortalité infantile.**

Si une mère infectée par le VIH allaite, comment peut-elle diminuer le risque de transmission ?

Les mères séropositives peuvent essayer de réduire le risque de transmission grâce aux mesures suivantes :

- **Allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois.** Un grand nombre d'experts pensent que la manière la plus sûre d'allaiter pendant les six premiers mois est de pratiquer un allaitement exclusif sans ajouter d'autres aliments ou liquides au régime alimentaire du bébé. Ces adjonctions ne sont pas nécessaires et peuvent causer des infections intestinales qui pourraient augmenter le risque de transmission du VIH. En Afrique du Sud, les mères qui ont indiqué qu'elles allaitaient exclusivement pendant au moins trois mois *étaient moins susceptibles* de transmettre le virus à leur bébé que les mères qui ont introduit d'autres aliments ou liquides avant trois mois. De plus, leur risque de transmettre le virus n'était pas plus grand que chez les mères qui n'avaient jamais allaité.

- **Raccourcir la durée totale de l'allaitement maternel.** Certains faits montrent que le risque de transmission continue aussi longtemps que l'enfant est allaité. Le risque de décès lié à l'alimentation artificielle avec les produits de remplacement du lait maternel est le plus grand lors des premiers mois et il diminue par la suite. Par conséquent, dans certains cas, la meilleure stratégie pour une mère pourrait être d'arrêter l'allaitement maternel à un stade précoce et d'introduire des produits de remplacement du lait maternel dès que la méthode de remplacement présente moins de risques. Mais on ne connaît pas le meilleur moment et la meilleure stratégie pour introduire des produits de remplacement car cela peut varier d'une situation à une autre.

- **Prévenir et traiter rapidement les lésions de la bouche et les problèmes des seins.** Si un bébé a des lésions dans la bouche (causées généralement par le muguet buccal) ou si une mère a des problèmes de seins, généralement des mamelons craquelés ou une mastite, le risque de transmission est plus grand.

- **Prendre des médicaments anti-rétroviraux.** Lors d'un essai clinique récent en Ouganda, une seule dose de névirapine à une mère pendant le travail et une autre dose à son bébé après l'accouchement a permis de diminuer de 42% la transmission chez les bébés allaités pendant les six premières semaines et de 35% sur 12 mois. La simplicité et le coût plus faible du protocole à base de névirapine – comparé à d'autres traitements qui n'entrent pas dans les moyens financiers de la plupart des ménages – laissent à espérer que le médicament deviendra une composante importante des programmes visant à réduire la transmission mère à enfant. Des études sont faites pour voir si la névirapine utilisée pendant la période de l'allaitement pourrait aider à diminuer encore davantage la transmission.

Q *Quelles sont les recommandations internationales actuelles concernant l'allaitement maternel et le VIH ?*

En mai 1997, une déclaration a été communiquée par l'ONUSIDA – programme conjoint des Nations Unies pour la lutte contre le VIH/SIDA- réalisé sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé et de l'UNICEF. La déclaration qui est appuyée par des conseillers techniques de l'USAID et de LINKAGES recommande vivement l'allaitement maternel au sein de toutes les populations ; l'amélioration de l'accès au test et conseils pour le VIH ; l'information pour que les parents puissent prendre des décisions pleinement informées ; la réduction de la vulnérabilité des femmes à l'infection par le VIH et la prévention de toute pression commerciale en vue de fournir une alimentation artificielle. Elle recommande également de soupeser, d'une part, les taux de morbidité et de mortalité imputables aux maladies infectieuses et la disponibilité d'autres moyens d'alimentation que le lait maternel qui ne comportent pas de risques pour le nourrisson et, d'autre part, le risque de transmission du VIH. La politique souligne que les parents doivent prendre leurs propres décisions concernant l'alimentation du nourrisson en fonction de la meilleure information disponible.

Par la suite, en 1998, les organismes des Nations Unies ont publié des directives pour les décideurs et les responsables de la santé afin d'aider les pays à appliquer cette politique. Des projets pilotes réalisés dans un grand nombre de pays offrent conseils et tests volontaires dans le cadre des services prénatals. Les femmes enceintes qui sont séropositives reçoivent notamment des conseils sur les options d'alimentation du nourrisson. Il est important de suivre et d'évaluer adéquatement ces activités pour comprendre pleinement les effets positifs et négatifs sur les pratiques d'alimentation et la santé infantile au sein de la population en général. Le Code international du marketing des produits de remplacement du lait maternel a été introduit par l'Organisation mondiale de la Santé en 1981 pour contrecarrer les effets négatifs de l'introduction des produits de remplacement du lait maternel dans les pays en développement. Les dispositions du Code sont particulièrement pertinentes en ce qui concerne le VIH et elles devraient continuer à être encouragées et observées. Les effets d'une réduction générale des pratiques d'allaitement maternel auraient un effet désastreux sur la santé et la survie infantiles.

Q *Comment une organisation peut-elle soutenir l'allaitement maternel tout en réduisant la transmission mère à enfant du VIH ?*

Promouvoir un comportement sexuel comportant moins de risques. La meilleure manière de protéger les enfants contre le VIH, c'est d'aider les femmes à éviter l'infection par le VIH. La plupart des infections sont contractées par le biais des rapports sexuels non protégés. L'emploi des condoms réduit le risque de contracter l'infection. Il est urgent d'avoir des méthodes de protection que contrôlent les femmes elles-mêmes. Le traitement et la prévention d'autres maladies sexuellement transmissibles peuvent également aider à diminuer le risque de transmission du VIH. De plus, l'amélioration des conditions économiques et sociales des femmes et des filles permet également de réduire leur vulnérabilité à des situations sexuelles coercitives.

Fournir un accès universel à des tests/conseils du VIH volontaires et confidentiels pour les hommes et les femmes. Actuellement, les tests ne sont pas disponibles en règle générale. Un grand nombre des stratégies proposées pour réduire la transmission mère à enfant suppose que la situation de la mère soit connue : est-elle séropositive ou non ? Même quand les tests sont disponibles, les mères souvent ne veulent pas connaître leur statut ou alors elles craignent que les résultats du test ne soient pas confidentiels.

Communiquer les avantages de savoir si on est infecté ou non. Si une mère sait qu'elle est infectée, elle peut essayer de minimiser le risque de transmission à son partenaire ou à ses enfants et, si elle souhaite, elle peut prévenir d'autres grossesses. Lors des séances de conseils, il faudrait lui donner des informations sur les risques et avantages liés aux diverses options d'alimentation infantile. Si elle sait qu'elle n'est pas infectée, il faudrait lui conseiller d'allaiter son enfant, sachant qu'il n'y a aucun risque d'infecter son bébé. On l'encouragera également à se protéger elle-même pour ne pas s'exposer au risque de contracter l'infection. Il est très important de stimuler la demande pour les tests en faisant ressortir ces avantages de pair avec la disponibilité de tests confidentiels.

Fournir une formation aux agents de santé et une information technique aux dirigeants d'opinion. Les prestataires de soins de santé et groupes exerçant une influence publique – par exemple, les médias, les décideurs et les défenseurs de la santé- ont besoin d'informations techniques exactes sur cette question pour contrecarrer les informations erronées et maintenir l'efficacité et la crédibilité des activités de promotion de l'allaitement maternel.

Fournir des directives de counseling (conseils) aux agents de santé. Les organismes des Nations Unies ont mis au point des directives de counseling pour les agents de santé et les décideurs qui traitent des risques et avantages liés aux méthodes disponibles d'alimentation des nourrissons et qui indiquent comment rendre la méthode choisie la plus sûre possible. Cependant, de telles directives resteront d'une utilisation limitée si des programmes de tests ne sont pas disponibles aidant les femmes à savoir si elles sont séropositives ou non.

Continuer à promouvoir, à protéger et à soutenir l'allaitement maternel. En l'absence de promotion de l'allaitement maternel, l'information sur la transmission du VIH lors de l'allaitement risque de provoquer l'arrêt injustifié de l'allaitement maternel tant chez les femmes infectées que celles non infectées. Des efforts constants doivent être faits dans le cadre de la promotion de l'allaitement maternel pour suivre l'application des dispositions du Code international de marketing des produits de remplacement du lait maternel ainsi que l'emploi et emploi erroné de l'information relative à l'allaitement maternel et au VIH.

Soutenir la recherche. Les politiques et programmes restent entravés par l'incertitude. Nous avons besoin d'une meilleure connaissance des facteurs qui influencent les taux de transmission et les risques associés aux différentes options d'alimentation dans les contextes pauvres. Actuellement, le stade de l'infection, les modes et durée de l'allaitement maternel, les lésions et maladies connexes, les traitements à base d'antirétroviraux, les micronutriments et l'état nutritionnel sont autant de facteurs étudiés pour l'influence qu'ils peuvent exercer sur la transmission. Il est particulièrement important que les études sur les pratiques de l'alimentation infantile distinguent entre les différents modes d'allaitement maternel en utilisant des définitions standard. Nous devons également traduire cette information en connaissance que la mère peut utiliser pour prendre la meilleure décision concernant l'alimentation du nourrisson, pour elle-même, pour son bébé et sa famille.

Box 1. Directives pour les conseils sur le VIH et l'alimentation du nourrisson dans des communautés pauvres

Situation	Directives pour l'agent de santé
La mère ne sait pas si elle est séropositive ou non	• Encourager disponibilité et utilisation des tests confidentiels • Promouvoir l'allaitement maternel comme option plus sûre que l'alimentation artificielle * • Enseigner à la mère à éviter l'exposition au VIH
Mère séronégative	• Promouvoir l'allaitement maternel comme la méthode la plus sûre, celle qui comporte le moins de risque pour le nourrisson, (allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois, introduction d'aliments complémentaires appropriés à l'âge de 6 mois environ et allaitement maternel continu jusqu'à 24 mois et au-delà). • Enseigner à la mère à éviter l'exposition au VIH
Mère séropositive qui envisage ses options d'alimentation du nourrisson	• Traiter avec des antirétroviraux si c'est possible • Conseiller la mère en matière de sécurité, disponibilité et caractère abordable financièrement des options d'alimentation du nourrisson • Aider la mère à choisir et à fournir la méthode la plus sûre pour alimenter le nouveau-né • Enseigner à la mère à éviter la transmission sexuelle du VIH
Mère séropositive qui choisit d'allaiter	• Promouvoir un allaitement maternel plus sûr (allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois, prévention et traitement de problèmes des seins chez la mère et de muguet buccal chez le nourrisson et durée raccourcie de l'allaitement maternel quand les produits de remplacement sont sûrs et disponibles)
Mère séropositive qui choisit l'alimentation artificielle	• Aider la mère à choisir la stratégie la plus sûre pour alimenter le nourrisson avec des laits commerciaux (méthodes, moment opportun, ect.) • La soutenir dans son choix (fournir une éducation en matière de préparation dans les bonnes conditions d'hygiène, soins de santé, services de planification familiale, etc.)

* Quand les tests ne sont pas disponibles et lorsqu'on ne sait pas si la mère est séropositive ou non, l'utilisation répandue de l'alimentation artificielle n'améliorera la survie de l'enfant que si la prévalence du VIH est élevée et si le risque de décès lié à l'alimentation artificielle est faible, combinaison de conditions qui n'existe pas généralement.

Q *Quels sont les conseils que les agents de santé peuvent donner aux mères ?*

Chaque situation est unique et les agents de santé doivent adapter leurs conseils pour tenir compte des besoins individuels de chaque mère. En fin de compte, le choix de l'alimentation de l'enfant revient à la mère mais cette décision devrait se fonder sur la meilleure information disponible. Le rôle de l'agent de santé consiste à fournir cette information et le soutien dont a besoin la mère pour faire le meilleur choix possible. L'encadré ci-dessus offre des directives concernant ces conseils dans diverses situations.

Pour la femme qui n'est pas infectée, l'allaitement maternel est à l'évidence le meilleur choix. L'allaitement maternel reste l'une des stratégies les plus efficaces pour améliorer la santé et les chances de survie de la mère et de l'enfant. C'est une source complète et salubre de liquides et de nutriments pour l'enfant lors des 6 premiers mois. Le lait maternel contient également des facteurs de croissance et des agents antibactériens et antiviraux qui protègent le nourrisson contre les malades jusqu'à l'âge de deux ans et au-delà. L'allaitement maternel contribue également à l'espacement des naissances et à la santé à long terme des femmes.

Q *Les mêmes conseils s'appliquent-ils aux situations d'urgence ?*

Les mêmes directives concernant l'alimentation infantile s'appliquent aux cas d'urgence. Le risque de mortalité imputable à la diarrhée et aux infections respiratoires aiguës ainsi que le risque de malnutrition sont encore plus grands dans les cas d'urgence que lors de situations normales.

Références

Coutsoudis A, Pillay K, Kuhn L, Spooner E, Tsai W-Y, Coovadia HM. Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban, South Africa. *AIDS* 15:379-387, 2001.

De Cock KM, Fowler MG, Mercier E, de Vincenzi I, Saba J, Hoff E, Alnwick DJ, Rogers M, Shaffer N. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: Translating research into policy and practice. *JAMA* 283:1175-1182, 2000.

Khun L, Stein Z. Infant survival, HIV infection, and feeding alternatives in less-developed countries. *Am J Public Health* 87:926B931, 1997.

Nduati R, Ross J. Mother-to-Child Transmission of HIV through Breastfeeding: Strategies for Prevention. In: Lamptey PR, Gayle H. *HIV/AIDS Prevention and Care in Resource-Constrained Settings: A Handbook for the Management of Programs.* Family Health International: Arlington VA, in press.

Nicoll A, Newell M-L, Peckham C, Luo C, Savage F. Infant feeding and HIV-1 infection. *AIDS* 14 (suppl 3): S57BS74, 2000.

Preble EA, Piwoz EG. *HIV and Infant Feeding: A Chronology of Research and Policy Advances and their Implications for Programs.* Une publication conjointe des projets LINKAGES et Soutien pour l'analyse et la recherche en Afrique (SARA). Académie pour le Développement de l'Education: Washington, DC: 1998.

Smith MM, Kuhn L. Exclusive breast-feeding: Does it have the potential to reduce breast-feeding transmission of HIV-1? *Nutr Rev* 58:333-340, 2000.

UNAIDS. HIV and Infant Feeding. http://www.us.unaids.org/highband/document/epidemio/infant.html

WHO/UNAIDS/UNICEF. *HIV and Infant Feeding: Guidelines for Decision-makers.* World Health Organization: Geneva, 1998.

WHO/UNAIDS/UNICEF. *HIV and Infant Feeding: A Guide for Health Care Managers and Supervisors.* World Health Organization: Geneva, 1998.

Questions posées fréquemment est une publication de LINKAGES: Programme d'allaitement maternel, MAMA, Alimentation complémentaire et nutrition maternelle. LINKAGES est soutenu par G/PHN/HN, Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID) aux termes du Don No. HRN-A-00-97-00007-00 et le projet est administré par l'Académie pour le Développement de l'Education. Les opinions exprimées ici incombent aux auteurs et ne reflètent pas forcément les vues de l'USAID.

LINKAGES ▫ Academy for Educational Development ▫ 1825 Connecticut Avenue, NW, Washington, DC 20009
Phone (202) 884-8000 ▫ Fax (202) 884-8977 ▫ email linkages@aed.org ▫ www.linkagesproject.org

PS

Lactancia materna y VIH/SIDA
Preguntas más frecuentes

Hoja 1 del Proyecto LINKAGES Actualizado en mayo 2002

El VIH es transmitido a través de la leche materna a aproximadamente uno de cada siete infantes que nacen de madres infectadas por el VIH. Sin embargo, en muchos lugares donde existe una elevada prevalencia de VIH, la falta de lactancia materna también se asocia a un aumento tres a cinco veces mayor en la mortalidad infantil. Los infantes pueden fallecer ya sea a causa de no poder lactar en forma apropiada o como consecuencia de la transmisión del VIH por medio de la leche materna.

Adicionalmente, menos del cinco por ciento de las personas adultas tiene acceso a la prueba de detección del VIH. En numerosos países con una elevada prevalencia de VIH, las mujeres pueden creer que están infectadas cuando de hecho no lo están. A falta de promoción de la lactancia materna, ellas podrían dejar de amamantar aunque la lactancia materna continúa siendo una de las estrategias más efectivas para mejorar la salud y la probabilidade de sobrevivencia tanto de la madre como de su bebé.

Hoja de preguntas más frecuentes es una serie de publicaciones de preguntas más frecuentes sobre asuntos enfocados por el proyecto LINKAGES. Esta edición brinda recomendaciones sobre la lactancia materna y el VIH. Revisa la información más reciente sobre la transmisión del VIH a través de la lactancia materna y proporciona orientación programática para actividades de campo. Información adicional está disponible en las publicaciones enumeradas al final de este documento.

¿Cuántos infantes se encuentran en riesgo de adquirir el VIH?

Riesgo para infantes de madres infectadas por el VIH. Los análisis de los datos muestran que aproximadamente el 20 por ciento de infantes nacidos de madres infectadas por el VIH adquiere la infección ya sea antes o durante el parto. Si todas las madres infectadas por el VIH amamantan, un 14 por ciento adicional de sus bebés contraerá la infección por medio de la leche materna. Esto significa que aproximadamente dos tercios de los bebés de mujeres infectadas por el VIH *no adquirirán* la infección.

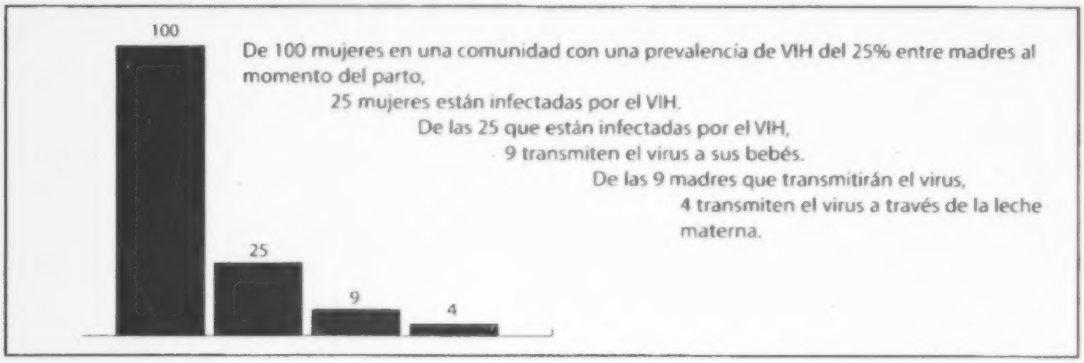
Riesgo para todos los infantes en una comunidad. Aunque el porcentaje de madres infectadas por el VIH se acerca al 40 por ciento en algunas comunidades africanas, por lo general es mucho más bajo y raras veces supera el 25 por ciento (una de cada cuatro).

El riesgo de transmisión del VIH a través de la lactancia materna puede ser calculado multiplicando la tasa de prevalencia de VIH entre las madres al momento del parto (25 por ciento en el ejemplo que se ilustra abajo) por 14 por ciento (25 por ciento en riesgo por 14 por ciento de infantes que adquieren la infección por medio de la leche materna = 3.5 por ciento, o redondeado a 4 por ciento). Dicho de otra forma, aun en aquellos lugares donde el 25 por ciento de las mujeres tiene la infección por VIH y todas ellas amamantan, menos del 4 por ciento de todos los infantes en la comunidad adquirirá la infección a través de la leche materna.

PS 031408

LINKAGES ■ Academy for Educational Development ■ 1825 Connecticut Avenue, NW, Washington, DC 20009
Phone (202) 884-8000 ■ Fax (202) 884-8977 ■ email linkages@aed.org ■ www.linkagesproject.org

Figura 1. Riesgo de transmisión del VIH de madre a bebé en comunidades con una prevalencia de VIH del 25 por ciento en países en desarrollo



¿Se debe aconsejar a las madres con VIH que amamanten a sus bebés?

DEPENDE...

SI la madre sabe que está infectada, y
SI la alimentación artificial es posible y puede ser suministrada al bebé sin riesgo y con agua limpia, y
SI hay servicios de salud disponibles y a su alcance,
ENTONCES, la probabilidad de sobrevivir de ese bebé es mayor si es alimentado artificialmente.

SIN EMBARGO,

SI la morbilidad infantil es alta debido a enfermedades infecciosas como diarrea y neumonía, o
SI no hay higiene, saneamiento y acceso a agua potable, o
SI el costo de los sustitutos de la leche materna es sumamente alto, o
SI el acceso a un servicio de salud adecuado es limitado,
ENTONCES, la lactancia materna podría ser la opción más segura aunque la madre sea VIH-positiva.

Aunque, donde haya acceso a agua limpia, el costo de una fórmula disponible localmente excede el promedio del ingreso per cápita. Las familiar no pueden comprar suficiente sustitutos de la leche materna y tienden a:

- diluir más el sustituto,
- dar menos al bebé, o
- reemplazar el sustituto de la leche materna con alternativas peligrosas.

En los 50 países en desarrollo más pobres, la morbilidad infantil se promedia más de 100 muertes por mil nacidos vivos. **La alimentación artificial puede triplicar el riesgo de muerte infantil.**

Si una madre infectada por el VIH amamanta, ¿cómo puede reducir el riesgo de transmisión?

Las mujeres infectadas por el VIH pueden reducir el riesgo de transmisión de las siguientes maneras:

- **Dar a su bebé exclusivamente leche materna durante los primeros seis meses.** Muchos especialistas creen que la manera más segura de amamantar durante los primeros seis meses consiste en hacerlo de manera exclusiva, sin agregar ningún otro alimento o líquido a la dieta del infante. Estas adiciones no son necesarias y podrían causar infecciones intestinales que pudieran aumentar el riesgo de transmisión del VIH. En Sudáfrica, las madres que reportaron lactancia materna exclusiva durante por los menos tres meses *presentaban menos probabilidades* de transmitir el virus a sus bebés que aquéllas que introdujeron otros alimentos o líquidos antes de los tres meses. Adicionalmente, su riesgo de transmitir el virus no fue mayor

que entre las madres que nunca amamantaron.

- **Reducir la duración total de la lactancia materna.** Existen evidencias de que el riesgo de transmisión continúa durante todo el tiempo que el bebé es amamantado. El riesgo de muerte debido al no dar pecho es mayor en los primeros meses y se reduce con el tiempo. Por lo tanto, en algunos casos la mejor estrategia podría ser que la madre deje de amamantar temprano e introduzca sustitutos de leche materna tan pronto como un método de reemplazo disponible sea más seguro. El tiempo y la estrategia óptimos para introducir tales sustitutos, sin embargo, no son conocidos y varían dependiendo de la situación.

- **Prevenir y tratar de manera oportuna las lesiones orales y problemas con los senos.** El riesgo de transmisión es mayor si un infante tiene lesiones orales (comúnmente causadas por afta) o si una madre tiene problemas con los senos, tales como pezones agrietados o mastitis.

- **Tomar medicamentos antiretrovirales.** En un reciente ensayo clínico realizado en Uganda, una única dosis de nevirapina a la madre durante el trabajo de parto y otra al bebé después del alumbramiento redujeron la transmisión a bebés lactantes en un 42 por ciento a lo largo de seis semanas y en 35 por ciento durante 12 meses. La simplicidad y el menor costo del régimen de nevirapina –en comparación con otros regímenes cuyo costo es prohibitivamente elevado para la mayoría de los hogares pobres – ofrecen la esperanza de que éste se convierta en un importante componente de los programas para reducir la transmisión de madre a bebé. Se están conduciendo estudios para averiguar si la nevirapina utilizada durante el periodo de lactancia materna puede reducir aún más la transmisión.

¿Cuáles son las actuales recomendaciones internacionales sobre lactancia materna y VIH?

En mayo de 1997, una declaración política fue emitida por ONUSIDA — el programa conjunto sobre VIH/SIDA del sistema de Naciones Unidas, entre cuyos patrocinadores se encuentran la Organización Mundial de la Salud y UNICEF. La declaración, que es respaldada por asesores técnicos dentro de USAID y LINKAGES, hace énfasis en el apoyo a la lactancia materna en todas las poblaciones; mejoramiento del acceso a consejería y pruebas de VIH; entrega de información para empoderar a madres y padres, de manera que puedan tomar decisiones totalmente informadas; reducción de la vulnerabilidad de las mujeres a la infección por VIH, así como prevención de las presiones comerciales que buscan la provisión de lactancia artificial. También recomienda ponderar las tasas de morbilidad y mortalidad a causa de enfermedades infecciosas y la disponibilidad de alternativas seguras a la lactancia materna contra el riesgo de transmisión del VIH cuando se recomiendan prácticas alimenticias. La política enfatiza la necesidad de que madres y padres tomen sus propias decisiones relacionadas con la alimentación infantil, basándose en la mejor información disponible.

Posteriormente, en 1998, las agencias de Naciones Unidas publicaron lineamientos para formuladores de políticas y gerentes de cuidados de salud para ayudar a los países a implementar esta política. Proyectos piloto actualmente en curso en numerosos países ofrecen consejería y realización de prueba voluntarias como parte de los servicios prenatales. Las mujeres embarazadas que resultan estar infectadas por el VIH reciben, entre otros, consejería sobre opciones de alimentación infantil. A fin de comprender plenamente los efectos tanto positivos como negativos sobre las prácticas alimenticias y la salud infantil en la población general, es importante que estos esfuerzos sean adecuadamente monitoreados y evaluados.

El Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna fue introducido por la Organización Mundial de la Salud en 1981 para contrarrestar los efectos negativos de la introducción de sustitutos de leche materna en los países en desarrollo. Las provisiones del Código son particularmente relevantes en la era del VIH y deberían continuar siendo promovidas y cumplidas. Los efectos de una reducción general en las prácticas de lactancia materna serían desastrosos para la salud y la sobrevivencia infantil.

¿Cómo puede una organización apoyar la lactancia materna y a la vez reducir la transmisión del VIH de madre a bebé?

Promover conductas sexuales más seguras. La mejor manera de proteger a niñas y niños contra el VIH consiste en ayudar a las mujeres a evitar esta infección. La mayoría de los casos de infección se produce a través de las relaciones sexuales desprotegidas. El riesgo de infección puede ser reducido por medio del uso de condones. Se necesitan urgentemente métodos de protección que estén bajo el control de las mujeres. Tratar y prevenir otras infecciones de transmisión sexual también puede ayudar a disminuir el riesgo de adquirir el VIH. Asimismo, mejorar las condiciones económicas y sociales de las mujeres y las niñas reduciría su vulnerabilidad a situaciones coercitivas y otras que representan inseguridad sexual.

Proveer acceso universal a las pruebas de VIH voluntarias y confidenciales y a la consejería para mujeres y hombres. En la actualidad, las pruebas no están ampliamente disponibles. Muchas de las estrategias propuestas para reducir la transmisión de madre a bebé asumen que el estado de VIH de la madre es conocido. Aun en aquellos lugares donde las pruebas están disponibles, las madres a menudo no quieren conocer su estado o no pueden tener la certeza de que los resultados de sus pruebas serán confidenciales.

Comunicar las ventajas de conocer el propio estado de VIH. Si una mujer sabe que está infectada, podrá tratar de minimizar el riesgo de transmitir el virus a su pareja o parejas y a sus hijas e hijos. Si así lo desea, podrá evitar futuros embarazos. Como parte de su consejería, se le debería brindar información acerca de los riesgos y beneficios de las opciones para la alimentación infantil. Si ella sabe que no está infectada, se le debería recomendar que amamante, ya sabiendo que no existe riesgo de infectar a su bebé. También se le debería motivar a protegerse contra un futuro riesgo de adquirir el virus. Es esencial estimular la demanda de pruebas por medio de enfatizar estas ventajas, así como garantizar la disponibilidad de pruebas confidenciales.

Brindar capacitación a personal de salud e información técnica a líderes de opinión. Los proveedores de cuidados de salud y los grupos que tienen influencia en el público –por ejemplo, los medios de comunicación, formuladores de políticas, así como promotores y defensores de la salud– necesitan recibir información técnica exacta sobre este tema para prevenir la desinformación y para mantener la fuerza y credibilidad de las actividades de promoción de la lactancia materna.

Proveer lineamientos sobre consejería a personal de salud. Las agencias de Naciones Unidas han elaborado guías sobre consejería para personal de salud y formuladores de políticas, las cuales enfocan los riesgos y beneficios de los métodos de alimentación infantil disponibles y orientan acerca de cómo hacer que el método seleccionado sea tan seguro como sea posible. Sin embargo, mientras no estén disponibles los programas de pruebas para ayudar a las mujeres a conocer su estado de VIH, tales lineamientos tienen un uso limitado. 7.1

Continuar promoviendo, protegiendo y apoyando la lactancia materna. En ausencia de una promoción de la lactancia materna, existe el peligro de que la información sobre la transmisión del VIH durante la lactancia materna tenga como resultado una inapropiada descontinuación de dicha lactancia entre mujeres tanto infectadas como no infectadas. La promoción de la lactancia materna debería incluir esfuerzos continuos para monitorear el cumplimiento de las provisiones del Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, así como el uso y mal uso de la información relacionada con la lactancia materna y el VIH.

Apoyar la investigación. Las políticas y los programas se ven obstaculizados por la incertidumbre. Necesitamos saber más sobre los factores que influyen en las tasas de transmisión y acerca de los riesgos asociados a diferentes alternativas alimenticias en ambientes pobres. En la actualidad, la etapa de infección, los patrones y duración de la lactancia materna, las lesiones y enfermedades relacionadas, las terapias antirretrovirales, los micronutrientes y el estado nutricional están siendo explorados como posibles influencias en la transmisión. En estudios sobre prácticas alimenticias infantiles existe la particular necesidad de distinguir entre diferentes patrones de lactancia materna utilizando definiciones estándar. También necesitamos traducir toda esta información en conocimientos que una madre pueda utilizar a fin de tomar la mejor decisión sobre alimentación infantil, tanto para ella misma como para su bebé y su familia.

Recuadro1. Lineamientos de consejaría para VIH y alimentación infantil en comunidades con menos recursos

Situación	Lineamientos para personal de salud
El estado de VIH de la madre es desconocido	• Promover disponibilidad y uso confidencial de pruebas de VIH • Promover el amamantamiento como alimentación más segura que la alimentación artificial* • Educar a la madre de cómo evitar el riesgo de contagio a HIV
Madre HIV negativa	• Promover el amamantamiento como el método más seguro de alimentación infantil (la lactancia materna exclusiva por los primeros 6 meses, introducir alimentos complementarios a partir de los seis meses y continuar amamantando por 24 meses o más) • Enseñar a la madre como evitar el contagio de HIV
Madres VIH-positivas que están considerando sus opciones de alimentación	• Dar tratamiento con medicamentos anti-retrovirales si es factible • Informar a la madre acerca de las opciones de alimentación infantil seguras y disponibles • Ayudar a la madre a escoger y dar el método más seguro de alimentación infantil • Enseñar a la madre como evitar la transmisión de VIH
Madre VIH positiva que decide amamantar	• Promover lactancia materna más segura (lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, prevención y tratamiento de problemas en el pecho de madres, monilia en infantes y acortar la duración de la lactancia cuando por lo que se va a reemplazar es seguro y factible)
La madre VIH/positiva que escoge alimentar a su bebé artificialmente	• Ayudar a la madre a elegir la alternativa más segura de alimentación infantil (métodos, tiempo oportuno, etc.) • Apoyarla en su decisión (proveer educación sobre la forma de preparación higiénica, cuidado de la salud, planificación familiar, etc.)

* Cuando las pruebas de VIH no están disponibles y en donde el status de VIH no se conoce, la diseminación del uso de alimentación artificial podría mejorar la supervivencia infantil solo si la prevalencia de VIH es alta y si el riesgo de muerte por alimentación artificial es bajo, una combinación de condiciones que generalmente no existe.

¿Cuáles recomendaciones puede dar el personal de salud a las madres?

Cada situación es única y el personal de salud debe adecuar sus propias recomendaciones a las necesidades individuales de cada madre. Al fin de cuentas, la decisión sobre la alimentación infantil corresponde a la madre, pero esa decisión debería basarse en la mejor información disponible.

El papel del personal de salud consiste en proveer esta información y el apoyo necesario para que la elección de la madre sea tan segura como sea posible. El Recuadro 1 ofrece lineamientos de consejería para diversas situaciones.

Para una mujer que no está infectada, la lactancia materna es claramente la mejor opción. La lactancia materna continúa siendo una de las estrategias más efectivas para mejor la vida y las probabilidades de sobrevivencia tanto de la madre como de su bebé. Provee una fuente completa e higiénica de los requerimientos fluidos y nutricionales del infante a lo largo de sus primeros seis meses de vida, así como factores de crecimiento y agentes antibacteriales y antivirales que le protegen contra las enfermedades por hasta dos años y aún más. La lactancia materna también contribuye al espaciamiento de embarazos y a la salud de las mujeres a largo plazo.

¿Se aplican las mismas recomendaciones a situaciones de emergencia?

Los mismos lineamientos acerca de la alimentación infantil se aplican en las emergencias. El riesgo de muerte debido a diarrea e infecciones respiratorias agudas, así como a desnutrición, tiene probabilidades de ser aun mayor en situaciones de emergencia que en circunstancias normales.

Referencias

Coutsoudis A, Pillay K, Kuhn L, Spooner E, Tsai W-Y, Coovadia HM. Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban, South Africa. *AIDS* 15:379-387, 2001.

De Cock KM, Fowler MG, Mercier E, de Vincenzi I, Saba J, Hoff E, Alnwick DJ, Rogers M, Shaffer N. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: Translating research into policy and practice. *JAMA* 283:1175-1182, 2000.

Khun L, Stein Z. Infant survival, HIV infection, and feeding alternatives in less-developed countries. *Am J Public Health* 87:926B931, 1997.

Nduati R, Ross J. Mother-to-Child Transmission of HIV through Breastfeeding: Strategies for Prevention. In: Lamptey PR, Gayle H. *HIV/AIDS Prevention and Care in Resource-Constrained Settings: A Handbook for the Management of Programs.* Family Health International: Arlington VA, in press.

Nicoll A, Newell M-L, Peckham C, Luo C, Savage F. Infant feeding and HIV-1 infection. *AIDS* 14 (suppl 3): S57BS74, 2000.

Preble EA, Piwoz EG. *HIV and Infant Feeding: A Chronology of Research and Policy Advances and their Implications for Programs.* Una publicación de los proyectos LINKAGES et SARA. Academy for Educational Development: Washington, DC, 1998.

Smith MM, Kuhn L. Exclusive breast-feeding: Does it have the potential to reduce breast-feeding transmission of HIV-1? *Nutr Rev* 58:333-340, 2000.

UNAIDS. HIV and Infant Feeding. http://www.us.unaids.org/highband/document/epidemio/infant.html

WHO/UNAIDS/UNICEF. *HIV and Infant Feeding: Guidelines for Decision-makers.* World Health Organization: Ginebra, 1998.

WHO/UNAIDS/UNICEF. *HIV and Infant Feeding: A Guide for Health Care Managers and Supervisors.* World Health Organization: Ginebra, 1998.

Preguntas más frecuentes sobre lactancia materna y VIH/SIDA es una publicación de LINKAGES: Programa de lactancia materna, MELA, alimentación complementaria y nutrición materna. LINKAGES es financiado por GH/HIDN, una oficina de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), bajo los términos del acuerdo de cooperación No. HRN-A-00-97-00007-00. LINKAGES es administrado por la Academia para el Desarrollo Educativo (AED). Las opiniones expresadas en este documento son las de los autores y no reflejan necesariamente las de la USAID.

LINKAGES ▫ Academy for Educational Development ▫ 1825 Connecticut Avenue, NW, Washington, DC 20009
Phone (202) 884-8000 ▫ Fax (202) 884-8977 ▫ email linkages@aed.org ▫ www.linkagesproject.org

PS

MOTHER-TO-MOTHER SUPPORT FOR BREASTFEEDING

Frequently Asked Questions

FAQ SHEET 2 **From the LINKAGES Project** **Updated May 2002**

What is mother-to-mother support for breastfeeding?

Mother-to-mother support for breastfeeding means women helping women breastfeed their babies. Experienced breastfeeding mothers model optimal breastfeeding practices, share information and experiences, and offer support to other women in an atmosphere of trust and respect. In this setting, pregnant women and mothers who are breastfeeding explore options that result in a satisfying breastfeeding experience.

Why is mother-to-mother support needed?

Many traditional societies have recognized that a new mother is often vulnerable and sensitive and needs encouragement and support. The informal, traditional support system that positively reinforced breastfeeding in the past may no longer be in place where modernization and bottle-feeding have become the norm. Mother-to-mother support helps fill this gap, as usually it is easier for mothers to share their concerns with other mothers. Mother-to-mother support is available in the mother's own community and provides an essential complement to the health care system, even where health care providers are well trained in the science of lactation and the clinical management of breastfeeding.

Mother-to-mother support counters the dissemination of incorrect or misleading information, thus enabling the mother to make informed choices about the feeding of her baby.

FAQ Sheet is a series of publications of Frequently Asked Questions on topics addressed by the LINKAGES Project. This issue focuses on Mother-to-Mother Support for Breastfeeding, a method for improving the health and well-being of women and their infants.

Who benefits from mother-to-mother support?

Babies, mothers, family members, and health care providers all benefit from mother-to-mother support. Pregnant women gain knowledge in preparation for breastfeeding, and mothers receive support and learn from the wisdom of more experienced mothers. Babies get their choice food as well as a healthy start in life. Husbands and other family members benefit because a new mother who is well supported has greater confidence and can cope better with the adjustments of motherhood. Grandmothers and anyone who is interested in breastfeeding gain knowledge and learn how to support breastfeeding women. Health care providers benefit from being able to refer mothers to resources specifically designed to provide the support they need.

PS 031408

LINKAGES ■ Academy for Educational Development ■ 1825 Connecticut Avenue, NW Washington, DC 20009
Phone (202) 884-8000 ■ Fax (202) 884-8977 ■ E-mail linkages@aed.org ■ Website www.linkagesproject.org

Where, when, and how does mother-to-mother support take place?

Mother-to-mother support takes place one-on-one or in groups, informally or formally, anytime, anywhere: in the market place, at the bus stop, at church meetings, in a community hall, at maternity clinics—wherever pregnant or breastfeeding mothers are found. Mother-to-mother support occurs in a variety of settings including, but not limited to, the following:

- chance contacts with mothers in the community
- groups of pregnant women and breastfeeding mothers
- telephone counseling, hospital, and home visits
- interactive presentations at service club meetings, schools, universities, etc.

How long can a mother participate in mother-to-mother support?

There is no set time limit for a mother's participation, though a mother may move on to different types of involvement as time passes. For example, women may make contact and/or attend meetings during pregnancy or while breastfeeding and may continue with subsequent children. A mother may choose to stay on and become one of the "experienced" mothers, or she may undergo training and become a telephone counselor, peer counselor, or facilitator for a mother support group in her community. Older mothers/grandmothers may continue to participate in administrative, fund-raising, or other supportive activities.

What kind of information and materials are shared and disseminated through mother-to-mother support?

Mother-to-mother support is not about giving medical advice but about sharing information. Information is provided on topics such as breastmilk production, latch-on and positioning, the resolution of common breastfeeding difficulties, how to tell if the baby is receiving enough breastmilk, and how to breastfeed discreetly (if this is a concern). Mothers returning to work or in difficult medical circumstances receive support and information on how to continue breastfeeding in these situations. Mothers may lend each other materials informally, or a mother support group may have a lending library of breastfeeding and parenting books, as well as leaflets covering various breastfeeding issues in the local language. Larger, more established mother-to-mother support organizations, such as La Leche League International (LLLI) and the Australian Breastfeeding Association (ABA), supply books and information as well as organize local and international conferences for information sharing.

How can women be motivated to become and remain involved in mother-to-mother support?

A sense of self-accomplishment is a strong motivation in and of itself. Volunteers work best if they enjoy what they are doing. Individual talents need to be tapped; volunteers need ongoing nurturing and support. This can be achieved through regular formal and informal meetings among volunteers and/or their support persons, to discuss recent breastfeeding and related information, reinforce breastfeeding topics and counseling skills, help to solve special breastfeeding difficulties, and provide mutual feedback and support in handling frustrations and disappointments. In between meetings, communication and education can take the form of regular newsletters, phone calls from a support person, or contact with a "buddy." As mothers become more experienced in breastfeeding and in mother-to-mother support, they can undergo training to become a

facilitator, or present a topic at a workshop or conference.

What is the difference between a mother-to-mother support group and a mothers' support group?

One form of mother-to-mother support is the "support group." A mother-to-mother support group is initiated and operated by a mother who facilitates the meeting. She may have received training, but her primary qualification is that she is a mother with breastfeeding experience. At the meetings new, as well as experienced mothers, *share* information and are encouraged to voice their doubts and concerns.

A mothers' support group may be facilitated by a health care provider or someone who is considered an expert in a certain field. The facilitator may not be a mother or belong to the same peer group. Mothers' support groups can take place in the context of "clubs" formed for the purpose of credit, arts/crafts, sewing, etc. In some mothers' support groups, new, as well as experienced mothers, *share* information and are encouraged to voice their doubts and concerns; in others, information is *given* via talks or lectures.

What is the methodology most commonly used in a mother-to-mother support group setting?

Mother-to-mother support groups utilize a methodology that follows an organized, yet flexible format with guided discussion, rather than a formal class where "experts" teach. Each meeting has a different topic for discussion. The facilitator briefly introduces the topic and then encourage others to share their experiences and thoughts. With the help of experienced breastfeeding mothers, the facilitator gently corrects any misinformation, provides accurate facts, and encourages the participants to share their experiences. Active participation from group members is a process of peer support which results in empowerment, and an increase in self realization for mothers. Together, mothers find ways to resolve breastfeeding difficulties, improve their infant feeding practices, and support each other.

What are the difficulties in starting mother support groups?

The community may not perceive the need for establishing a support group. The prevailing attitude in society may be an obstacle. People may think that breastfeeding is a common practice, old fashioned, difficult, embarrassing, or inconvenient. Countering these attitudes is difficult. News releases in print and on radio, posters, and leaflets can help raise awareness of breastfeeding in general and the benefits of support groups.

Health care providers may feel threatened until they understand that the support group complements the service offered by the formal health sector. Meeting with local health care providers can help create a spirit of trust, cooperation, and team work.

What training, support, and staff are needed to implement support groups?

Those involved in support groups should receive training in breastfeeding and yound child feeding as well as training in counseling skills and the dynamics of support groups.

Training for the facilitator may take the form of an official, recognized training course or an apprenticeship. Training programs vary from 20 to 80 hours. Lessons spread over time allow for better assimilation of material as do participatory activities.

Some form of accountability or simple record keeping by the fa-

cilitator is usually necessary, depending upon the funder or organizational regulations. This may include simple statistics such as when and where meetings were held or mothers were contacted, how many pregnant women/mothers were helped, and common breastfeeding difficulties encountered.

Those who are directly working with the mothers at the community level also need a support person to whom they have easy access and who can provide quick feedback. This can be an experienced person from within the support group structure. There should also be persons who are responsible for seeing to the needs of the mother-to-mother support network.

What other activities are carried out through mother-to-mother support to promote, protect, and support breastfeeding?

In addition to providing direct support to mothers, mother-to-mother support activities can include policy, training, research, advocacy, and information dissemination. Mother-to-mother support efforts can also include coordination and integration at the global and national levels such as:

- collaboration with international activities of the World Alliance for Breastfeeding Action's (WABA) World Breastfeeding Week,
- collaboration with WHO and UNICEF on the Mother Baby Friendly Hospital Initiative (Step 10), and
- sponsorship and participation in a wide variety of workshops, conferences, and meetings.

How can mother-to-mother support activities be sustained?

Some of the challenges to sustainability are the shortage and turn-over of volunteers as well as financial constraints. Turn-over is often the result of family responsibilities and a lack of recognition and acceptance of the volunteers by health care providers. These challenges can be addressed by focusing on one or two activities, matching tasks to available time, and providing incentives. Examples of incentives for volunteers include stipends, food, free medical services, a graduation ceremony and training diploma, and special clothing and other articles to distinguish the volunteers.

Some programs have addressed financial constraints by initiating income-generating activities, such as the sale of tee-shirts, posters, and educational materials Others have approached various donors for training and program grants and for in-kind contribution of goods (such as office space and equipment) and services.

Lack of collaboration with other health services threatens sustainability. As a general rule, networking and collaboration with government agencies and NGOs are essential links that can facilitate two-way referrals, shared training, and technical assistance opportunities. A solid and consistent support structure, with committed individuals, needs to be in place to support growth.

For additional information and resources on mother-to-mother support, contact the LINKAGES Project or La Leche League International, 1400 N. Meacham Road, Schaumburg, IL, 60173-4048, (847) 519-7730, or visit the website at www.lalecheleague.org.

FAQ Sheet is a publication of LINKAGES: Breastfeeding, LAM, Related Complementary Feeding, and Maternal Nutrition Program, and was made possible through support provided to the Academy for Educational Development (AED) by the GH/HIDN of the United States Agency for International Development (USAID), under the terms of Cooperative Agreement No. HRN-A-00-97-00007-00. The opinions expressed herein are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of USAID or AED. La Leche League International contributed to the development of this publication.

LINKAGES □ Academy for Educational Development □ 1825 Connecticut Avenue, NW Washington, DC 20009
Phone (202) 884-8000 □ Fax (202) 884-8977 □ E-mail linkages@aed.org □ Website www.linkagesproject.org

Fiche de questions posées fréquemment sur : le soutien mère-à-mère pour l'allaitement maternel

LINKAGES

FICHE 2 **Du Projet LINKAGES** **AOUT 1999**

Le soutien mère-à-mère pour l'allaitement maternel : de quoi s'agit-t-il ?

Le soutien mère-à-mère pour l'allaitement maternel veut dire que les femmes s'aident entre elles. Des mères qui ont de l'expérience en ce qui concerne l'allaitement maternel montrent quelles sont les pratiques optimales, partagent information et expérience et soutiennent d'autres femmes dans une atmosphère de confiance et respect. Dans ce contexte, les femmes enceintes et les mères qui allaitent explorent les options qui se présentent à elles et qui peuvent aboutir à une expérience satisfaisante sur le plan de l'allaitement maternel.

Pourquoi faut-il un soutien mère-à-mère ?

Un grand nombre de sociétés traditionnelles reconnaissent qu'une nouvelle mère est souvent vulnérable et sensible et qu'elle a besoin d'encouragement et de soutien. Le système de soutien traditionnel qui renforçait par le passé l'allaitement maternel n'existe plus là où la modernisation et le biberon sont venus s'installer. Le soutien mère-à-mère aide à combler cet écart car il est généralement plus facile pour les mères de partager leurs préoccupations avec d'autres mères. Le soutien mère-à-mère est disponible dans la propre communauté de la mère et constitue un complément essentiel au système de santé, même si le milieu médical est bien formé en ce qui concerne l'allaitement maternel.

Le soutien mère-à-mère permet à la mère de s'affranchir des informations erronées ou prêtant à confusion et lui permet des choix informés quant à l'alimentation de son bébé.

La *Fiche de questions posées fréquemment* est une série de publications sur les questions posées fréquemment quant à des thèmes traités par le Projet LINKAGES. Le présent numéro se concentre sur le soutien mère-à-mère pour l'allaitement maternel, méthode permettant d'améliorer la santé et le bien-être des femmes et de leurs bébés.

Qui bénéficie du soutien mère-à-mère ?

Les bébés, les mères, les membres de la famille et les professionnels de santé bénéficient tous du soutien mère-à-mère. En effet, les femmes enceintes apprennent mieux à se préparer à l'allaitement et les mères bénéficient de conseils fort judicieux de la part de celles ayant plus d'expérience. Les bébés reçoivent l'aliment qui leur convient le mieux et c'est pour eux un point de départ important dans la vie. Les maris et autres membres de la famille en sont aussi bénéficiaires car une nouvelle mère qui est bien soutenue a plus confiance en elle-même et s'ajuste mieux aux nouvelles demandes de la maternité. Les grands-mères et autres personnes intéressées par l'allaitement maternel en apprennent davantage sur le sujet et savent mieux comment soutenir les femmes qui allaitent. Le millieu médical en bénéficie également car il est en mesure d'orienter les mères vers un accueil spécialement conçu pour leur fournir le soutien dont elles ont besoin.

PS 031408

LINKAGES ■ Académie pour le Développement de l'Education ■ 1825 Connecticut Avenue, NW Washington, DC 20009
Phone (202) 884-8000 ■ Fax (202) 884-8977
Courrier electronique linkages@aed.org ■ Site Web www.linkagesproject.org

Où, quand et comment le soutien mère-à-mère est-il donné ?

Le soutien mère-à-mère est donné individuellement ou en groupe de façon plus ou moins formel, à n'importe quel moment et dans n'importe quel endroit : au marché, à l'arrêt du bus, à l'église, dans une maison de quartier ou de voisinage à la maternité – partout où l'on trouve des femmes enceintes ou qui allaitent. Le soutien mère-à-mère est donné dans divers contextes, notamment les suivants :

- contacts au hasard avec des mères dans le quartier,
- groupes de femmes enceintes et mères qui allaitent,
- conseils au téléphone, dans les hôpitaux et visites à domicile,
- présentations interactives lors de réunions dans des clubs, à l'école, aux universités, etc.

Pendant combien de temps une mère peut-elle participer au soutien mère-à-mère ?

Il n'existe pas de limite de temps pour la participation d'une mère, bien que celle-ci puisse passer à des activités différentes par la suite. Par exemple, les femmes peuvent prendre contact et/ou assister à des réunions pendant la grossesse ou au moment de l'allaitement maternel puis continuer quand viendront d'autres enfants. Une mère peut rester et devenir l'une de celles « ayant de l'expérience » ou alors, elle peut assister à une formation et devenir une conseillère au téléphone ou une animatrice d'un groupe de soutien de la communauté. Une mère plus âgée ou des grands-mères peuvent continuer à participer aux tâches administratives ou autres activités visant à réunir des fonds.

Quel est le type d'information et le matériel qui sont partagés et diffusés par le biais du soutien mère-à-mère ?

Le soutien mère-à-mère ne cherche pas à donner des conseils médicaux, mais plutôt à partager une information. Celle-ci est donnée sur divers thèmes, tels que la production de lait, le moment favorable pour débuter un allaitement le positionnement de l'enfant, la résolution des difficultés courantes au niveau de l'allaitement maternel, comment savoir si le bébé reçoit suffisamment de lait et comment allaiter discrètement (si les mères sont préoccupées par cet aspect). Les mères qui retournent au travail ou qui se trouvent dans des circonstances médicales difficiles reçoivent soutien et information sur la manière de continuer l'allaitement maternel dans de tels cas. Les mères peuvent se prêter des documents entre elles ou peut-être, le groupe de soutien a-t-il une bibliothèque avec des ouvrages sur la maternité et l'allaitement maternel et divers dépliants couvrant les questions liées à l'allaitement et rédigés dans la langue locale. Des organisations de soutien mère-à-mère plus grandes et plus établies comme La Leche League International (LLLI) et la Nursing Mothers Association de l'Australie (NMAA), distribuent ouvrages et informations et organisent également des conférences locales et internationales pour le partage d'information.

Comment peut-on motiver les femmes à participer de manière durable au soutien mère-à-mère ?

Par lui-même, un sentiment d'auto-accomplissement relève d'une solide motivation. Les femmes qui donnent de leur temps travaillent mieux si elles aiment ce qu'elles font. Il faut exploiter les talents de chacune et soutenir les volontaires. A cette fin, on peut organiser des réunions ou rencontres volontaires et/ou avec leur soutien dans le but de discuter des informations récentes sur l'allaitement maternel et autres questions connexes, renforcer les thèmes liés à l'allaitement maternel et l'aptitude à donner des conseils, aider à résoudre des difficultés spéciales et fournir soutien et feed-back mutuels pour tenir au loin frustrations et déceptions. Entre ces réunions, la communication et l'éducation peuvent prendre la forme de bulletins réguliers, d'appels téléphoniques d'une personne-soutien ou de contact d'une camarade. Au fur et à mesure que les mères acquièrent plus d'expérience en matière d'allaitement maternel et de soutien mère-à-mère, elles peuvent suivre une formation pour devenir

une animatrice résenter un thème lors d'un atelier ou d'une conférence.

Quelle est la différence entre un groupe de soutien mère-à-mère et un groupe de soutien aux mères ?

Le « groupe de soutien » est une forme de soutien mère-à-mère. Un groupe de soutien mère-à-mère est organisé et géré par une mère qui anime la réunion. Peut-être a-t-elle reçu une formation, mais sa principale qualification, c'est d'être une mère qui a de l'expérience en ce qui concerne l'allaitement maternel. Lors des réunions, des mères qui ont de l'expérience partagent l'information avec de nouvelles mèreset les encouragent à faire part de leurs doutes et préoccupations.

Un groupe de soutien aux mères peut être animé par un professionel de santé ou quelqu'un qui est considéré comme un expert dans un domaine donné. La animatrice n'est pas forcément une mère et elle n'appartient pas toujours au même groupe. Les groupes de soutien aux mères peuvent être organisés dans le contexte de « clubs » créés à d'autres fins, par exemple, pour l'obtention de crédit, l'artisanat, la couture, etc. Dans certains groupes de soutien aux mères, des mères, nouvelles ou expérimentées, *partagent* l'information et sont encouragées à faire part de leurs préoccupations et, dans d'autres, l'information *est donnée* par le biais de causeries ou d'exposés.

Quelle méthodologie est la plus courramment utilisée dans un contexte de groupe de soutien mère-à-mère ?

Les groupes de soutien mère-à-mère utilisent une méthodologie souple favorisant la discussion plutôt qu'une classe formelle où les « experts » enseignent. Chaque réunion a un thème de réunion différent. L'animateur introduit brièvement le thème et ensuite encourage les autres à partager leurs expériences et idées. Avec l'aide de mères qui ont de l'expérience en ce qui concerne l'allaitement maternel, le animateur corrige toute information erronée, fournit des faits corrects et encourage les participants à faire part de leurs expériences. La participation active des membres du groupe utilise la méthode de soutien mutuel el compétences des mères et renforce leur potentiel d'épanouissement. Ensemble, les mères trouvent des manières de résoudre les difficultés et de se soutenir mutuellement.

Quelles sont les difficultés au niveau du démarrage des groupes de soutien aux mères ?

On ne pense pas toujours qu'il soit nécessaire de créer un groupe de soutien. L'attitude existante peut s'avérer un obstacle. Les gens peuvent penser que l'allaitement maternel est une pratique commune, dépassée, difficile, embarrassante ou peu pratique. Il n'est pas toujours facile de changer ces attitudes. Des communiqués de presse et des messages à la radio ou sur des affiches permettront de sensibiliser à l'allaitement maternel en général et aux avantages des groupes de soutien en particulier.

Parfois, les professionnels de santé se sentent menacés car ils ne comprennent pas que le groupe de soutien complète les services qu'ils rendent. Une réunion avec des prestataires locaux de soins peut aider à créer confiance, collaboration et travail en équipe.

Quels sont la formation, le soutien et le personnel nécessaires pour mettre en place des groupes de soutien ?

Tous ceux qui participent aux groupes de soutien devraient recevoir une formation portant sur l'allaitement maternel et une formation portant sur l'aptitude à donner des conseils et la dynamique des groupes de soutien.

La formation pour l'animateur peut prendre la forme d'un stage reconnu et officiel ou d'un apprentissage. Les programmes de formation varient, prenant entre 20 à 80 heures. Les leçons réparties dans le temps permettent une meilleure assimilation du matériel au même titre que les activités à caractère participatif.

Généralement, il faut un simple système de compte rendu, suivant l'organisme de financement ou les

réglementations organisationnelles. Il peut s'agir de simples statistiques montrant quand et où les réunions étaient tenues ou quelles sont les mères contactées, le nombre de mères qui ont reçu un soutien et les difficultés rencontrées au niveau de l'allaitement maternel.

Ceux qui travaillent directement avec les mères au niveau local ont besoin d'une personne-soutien, d'accès facile et qui peut fournir un feed-back rapide. Il peut s'agir d'une personne qui a de l'expérience et qui fait partie de la structure du groupe de soutien. Il faut également des personnes chargées de répondre aux besoins des réseaux de soutien mère-à-mère.

Quelles sont les autres activités réalisées par le biais du soutien mère-à-mère pour promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement maternel ?

Outre le soutien direct aux mères, le soutien mère-à-mère peut porter sur les aspects suivants : politiques, formation, recherche, plaidoyers et diffusion de l'information. Le soutien mère-à-mère consiste également à coordonner et à intégrer aux niveaux mondial et national :

- collaboration avec des activités internationales telles que World Alliance for Breastfeeding Action's (WABA), Semaine mondiale de l'Allaitement maternel,
- collaboration avec l'OMS et l'UNICEF concernant l'Initiative des Hôpitaux Amis des Mères et des Bébés (Etape 10), et
- promotion et participation à divers ateliers, conférences et réunions.

Comment maintenir les activités de soutien mère-à-mère ?

La pénurie et la rotation de volontaires, ainsi que les contraintes financières, sont parmi les problèmes rencontrés à ce niveau. La rotation est souvent due aux autres responsabilités familiales et au manque de reconnaissance et d'acceptation des volontaires de la part de milieu médical. Ces problèmes peuvent être traités en se concentrant sur une ou deux activités, en faisant correspondre les tâches au temps disponible et en fournissant des incitations. Par exemple, on peut distribuer aux volontaires des incitations financières, de la nourriture, des services médicaux gratuits, une cérémonie avec remise de diplôme ou encore des habits et autres articles distinguant ces personnes et reconnaissant leur travail.

Certains programmes ont géré les contraintes financières en démarrant des activités génératrices de revenus, par exemple, la vente de tee-shirts, d'affiches et de matériel éducatif. D'autres ont abordé divers bailleurs de fonds pour obtenir des dons de formation et autres contributions de biens (espace de bureau et équipement) et de services.

Le manque de collaboration avec d'autres services de santé menace la viabilité dans le long terme. En règle générale, la création de réseau et la collaboration avec des organismes publics et des ONG sont des liens essentiels qui peuvent faciliter les références bilatérales, ainsi que les possibilités partagées de formation et d'assistance technique. Il convient de mettre en place une solide structure de soutien avec des personnes engagées pour assurer le développement durable.

Pour des informations et des ressources supplémentaires sur le soutien mère-à-mère, prière de contacter le Projet LINKAGES ou La Leche League International, 1400 N. Meacham Road, Schaumburg, Il 60173-4048, (847) 519-7730, ou visiter leur site Web à www.lalecheleague.org.

La Fiche de questions posées fréquemment est une publication de LINKAGES : Programme d'Allaitement maternel, MAMA, Alimentation complémentaire et Nutrition maternelle. LINKAGES est soutenu par G/PHN/HM Global, de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID) aux termes du Don No. HRN-A-00-97-00007-00 et géré par l'Académie pour le Développement de l'Education. Les opinions exprimées ici incombent aux auteurs et ne reflètent pas forcément les vues de l'USAID. La Leche League International, un des membres de l'équipe du projet, a contribué à la réalisation de cette publication.

LINKAGES □ Académie pour le Développement de l'Education □ 1825 Connecticut Avenue, NW Washington, DC 20009
Phone (202) 884-8000 □ Fax (202) 884-8977
Courrier electronique linkages@aed.org □ Site Web www.linkagesproject.org

PS

LINKAGES

Hoja de preguntas
Preguntas más Frecuentes sobre el Sistema de Apoyo de Madre a Madre para la Lactancia Materna

HOJA No. 2 **Del Proyecto LINKAGES** **AGOSTO 1999**

¿Qué es el apoyo de madre a madre para la lactancia materna?

El apoyo de madre a madre para la lactancia materna significa que mujeres ayudan a mujeres. Las madres con experiencia en la lactancia materna demuestran las prácticas óptimas de lactancia materna, comparten información y experiencias, y ofrecen apoyo a otras mujeres y generan una atmósfera de confianza y respeto. En este marco, las mujeres embarazadas y las madres que están lactando exploran las opciones que resultarían en una experiencia de lactancia materna satisfactoria.

¿Porqué el apoyo de madre a madre es necesario?

Muchas sociedades tradicionales saben que una nueva madre con frecuencia se encuentra en una situación vulnerable y sensible y necisita que la animen y apoyen. El sistema de apoyo informal tradicional que en el pasado reforzaba positivamente la lactancia materna ha desaparecido de algunos lugares donde hoy por la modernización ha convertido la alimentación con biberón la norma a seguir. El apoyo de madre a madre nos ayuda a llenar este vacío, ya que es más facíl para las madres compartir sus inquietudes con otras madres. El apoyo de madre a madre está disponible a las madres en su comunidad y provee al sistema de salud de un complemento esencial aún cuando personal de salud esté bien entrenado en la ciencia de la lactancia materna y en el manejo clínico de la lactancia.

La Hoja de Preguntas Frecuentes es una serie de publicaciones que incluyen preguntas frecuentes sobre temas relacionados al Proyecto LINKAGES. Esta edición se enfoca en el Apoyo de Madre a Madre para la Lactancia Materna, un método para mejorar la salud y el bienestar de las mujeres y sus niños.

Con el apoyo de madre a madre se dismunye la diseminación de información incorrecta o inadecuada y se capacita a la madre para que pueda tomar decisiones respecto a la alimentación de su bebé basadas en conocimientos adecuados.

¿Quien se beneficia del apoyo de madre a madre?

Los bebés, las madres, los miembros de la familia y el personal de salud, todos se benefician del apoyo de madre a madre. Las mujeres embarazadas obtienen conocimientos que las preparan para la lactancia materna y las madres reciben apoyo y aprenden de las experiencia de madres más experimentadas. Los bebés no sólo obtienen la mejor alimentación sino también el mejor comienzo para la vida. Los esposos y otros miembros de la familia se benefician porque la madre que tiene un sistema de apoyo se tiene más autoconfianza y puede adaptarse mejor a los cambios que la maternidad y la lactancia demandan. Las abuelas y otras personas que estén interesadas en la lactancia materna adquieren nuevos conocimientos y aprenden como apoyar mejor a la mujeres que están amamantando. El personal de salud también se beneficia ya que pueden referir las madres a personas específicamente preparadas para brindarles el apoyo que necesitan.

PS 031408

LINKAGES ■ Academy for Educational Development ■ 1825 Connecticut Avenue, NW Washington, DC 20009
Phone (202) 884-8700 ■ Fax (202) 884-8977 ■ E-mail linkages@aed.org ■ Website www.linkagesproject.org

¿Donde, cuando y como ocurre el apoyo de madre a madre?

El apoyo de madre a madre se lleva a cabo por medio del contacto de persona a persona o en grupos, formal o informalmente, en cualquier lugar, a cualquier hora: en el mercado, en la parada del bus, en las reuniones de la iglesia, en el centro comunitario, en clínicas/consultorios de maternidad, donde quiera que se encuentren las madres embarazadas o lactantes. Apenas, el apoyo de madre a madre puede ocurrir exitosamente en una variedad de lugares que incluyen pero no se limitan a los siguientes:

- Contactos casuales con madres en la comunidad
- Grupos de mujeres embarazadas y madres lactantes
- Consejería por teléfono, visitas en el hospital, visitas domiciliarias
- Charlas interactivas en reuniones de clubes, escuelas, universidades, etc.

¿Por cuánto tiempo puede una madre participar del apoyo de madre a madre?

No hay tiempo límite para que una madre participe del apoyo de madre a madre, aunque con el correr del tiempo una madre puede involucrarse en otro tipo de acciones. Por ejemplo, las mujeres que establecen contacto y/o asisten a reuniones durante el embarazo o mientras estan amamantando, a menudo pueden continuar asistiendo al grupo con los otros hijos. Una madre puede elegir quesdarse y convertirse en una de las madres más o puede entrenarse y convertirse en una consejera que atiende por teléfono, o se puede capacitar para ser consejera o facilitadora de grupo de apoyo en su comunidad. Las madres/abuelas pueden continuar participando en actividades administrativas, de recaudación de fondos u otras actividades de apoyo.

¿Que tipo de información y de materiales se comparten y diseminan a través del apoyo de madre a madre?

El objetivo del apoyo de madre a madre no es dar consejos médicos si no más bien compartir información. Las participantes comparten información sobre temas tales como la producción de leche, el agarre y la posición, la solución de dificultades comunes con el amamantamiento, como saber si el bebé está recibiendo suficiente leche materna y como amamantar con discreción (si es que esto es una preocupación). Las madres que deben regresar al trabajo o que tiene alguna complicación medica, reciben apoyo e información sobre como se puede continuar amamantando en estas situaciones. Las madres pueden prestarse materiales o un grupo de apoyo de madres puede tener una biblioteca que preste libros sobre lactancia materna y la crianza de los hijos, así como también hojas informativas en el idioma local que presenten diferentes temas sobre lactancia materna. Las organizaciones de apoyo de madre a madre más permanentes, como La Liga de la Leche Internacional (LLLI) y la Asociación de Madres Lactantes de Australia (NMAA), proporcionan libros e información y también organizan conferencias locales e internacionales con el propósito de compartir conocimientos.

¿Como podemos motivar a las mujeres para que se involucren y contínuen así en el apoyo de madre a madre?

El sentimiento de éxito personal es en sí mismo una motivación muy fuerte. Las mujeres que dan su tiempo en forma voluntaria trabajan mejor si disfrutan el trabajo que realizan. Debemos aprovechar los talentos individuales; las voluntarias necesitan de apoyo y motivación permanente. Esto lo podemos lograr a través de reuniones informales y formales entre voluntarias y/o su personal de apoyo, para discuta avances recientes sobre lactancia e información relativa que refuercen temas de lactancia y destrezas de consejería, para que ayuden a resolver dificultades especiales de lactancia, se brinde retroalimentación y apoyen en el manejo de las frustraciones y desencantos que siempre se dan en todo trabajo. En los períodos entre reuniones, la comunicación y capacitación puede efectuarse a través de boletines, llamadas telefónicas de personas de apoyo, y/o contactos con una "compañera especial." A medida que las madres adquieren mayor experiencia en la lactancia y en el apoyo de madre a madre ellas pueden recibir

capacitación para convertirse en facilitadoras, tomar un papel específico, o presentar un tema en una sesión taller o conferencia.

¿Cual es la diferencia entre un grupo de apoyo de madre a madre y un grupo de apoyo de madres?

Una forma de apoyo de madre a madre es un grupo de apoyo. En los grupos de apoyo de madre a madre son las mismas madres quienes los inician y manejan, y son ellas las que coordinan las reuniones. La madre que coordina el grupo puede haber recibido capacitación, pero su calificación más importante es que es una madre con experiencia en lactancia materna. En las reuniones las nuevas madres, así como las madres de más experiencia, comparten información y se les anima a que expresen sus dudas y preocupaciones.

Los grupos de apoyo de madres pueden ser dirigidos por personal de salud y/o una persona considerada por su experencia en algún campo. La que coordina el grupo puede ó no sea madre ni pertenezca al mismo grupo. Los grupos de apoyo de madres pueden llevarse a cabo en clubes organizados con diferentes fines, créditos, artes/manualidades, costura, etc. En algunos grupos de apoyo, tanto las nuevas madres como las madres con experiencia, *comparten* información y se las anima a que compartan dudas e inquietudes; en otros la información *se brinda* por medio de charlas o conferencias.

¿Qué metodología es la que se usa con más frecuencia en los grupos de apoyo de madre a madre?

Los grupos de apoyo de madre a madre utiliza una metodología en la cual se sigue un formato estructurado, pero flexible, con una discusión guiada, y es diferente de una clase formal la que es dictada por "expertos". En cada reunión se discute un tema diferente. La que coordina introduce brevemente el tema y después anima a las madres a compartir sus experiencias y reflexiones. Con la ayuda de las madres de más experiencia la coordinadora corrige con suavidad la información incorrecta, provee datos correctos y anima a las participantes a compartir sus experiencias. La participación activa de las miembros del grupo convierte la dinámica del grupo en un proceso de mutuo apoyo y empoderamiento e incrementa el potencial para la auto realización. Juntas, las madres encuentran formas para resolver las dificultades de la lactancia y se apoyan mutuamente.

¿Qué dificultades existen para empezar un grupo de apoyo?

Puede ser que en la comunidad no se perciba la necesidad de establecer un grupo de apoyo. La actitud prevaleciente en la sociedad puede ser un obstáculo. La gente puede pensar que la lactancia materna es una práctica común, anticuada, difícil, embarazosa, o inconveniente. Es difícil contrarrestar estas actitudes. Las noticias impresas o por radio, afiches y hojas volantes ayudaran a crear conciencia sobre la lactancia materna en general y los beneficios de los grupos de apoyo.

Mientras el personal de salud podriá sentirse amenazado porque no entienda que el grupo de apoyo complementa el servicio que ofrece el sector formal de salud. Para crear un ambiente de cooperación, confianza y trabajo de equipo será necesario efectuar reuniones con la gente del sector de salud.

¿Qué tipo de capacitación y apoyo y que personal se necesitan para implementar grupos de apoyo?

Las personas involucradas con los grupos de apoyo deberán recibir capacitación en lactancia materna, así como también en consejería y en la dinámica de grupos de apoyo.

La capacitación de la coordinadora se puede llevar a cabo por medio de un curso formal ya reconocido o puede realizarse mediante un aprendizaje práctico con una facilitadora/consejera de experiencia. Los programas de capacitación varían entre 20 a 80 horas. Distribuir las lecciones en varios períodos de tiempo, al igual que realizar actividades participativas, permitirán una mejor asimilación de los materiales de estudio.

Por lo general es necesario que la coordinadora lleve algún tipo de informes o registros dependiendo de las entidades que financian el proyecto o del contexto dentro del cual funciona el grupo. Esto podría incluir estadísticas sencillas tales

como donde y cuando se ocurrieron las reuniones, cuantas madres se contactaron, cuantas madres se beneficiaron, cuantas reuniones se efectuaron y dificultades comunes de lactancia materna encontradas.

Las personas que trabajan directamente con las madres en la comunidad deben tener fácil acceso a una persona de apoyo que sea capaz de brindar retroalimentación rapidamente. Ella podría ser una persona con experiencia que esté dentro de la estructura del grupo de apoyo. También deberá tenerse personas responsables encargadas de atender las necesidades de la red de apoyo de madre a madre.

¿Qué otras actividades pueden hacerse a través del sistema de apoyo de madre a madre para promover, proteger y apoyar la lactancia materna?

Además de brindar apoyo a las madres, el proceso de apoyo de madre a madre incluye formulación de políticas, capacitación, investigación, promoción y diseminación de información. Otras acciones que pueden realizarse a través del proceso de apoyo de madre a madre deberían ser la coordinación e integración a niveles nacionales y globales, por ejemplo:

- colaborar con las actividades internacionales que efectúa la Alianza Mundial para Acciones en Lactancia (WABA) para la realización de la Semana Mundial de la Lactancia Materna,
- colaborar con la Organización Mundial de Salud/Organización Panamericana (OMS/OPS) y la UNICEF en la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (Paso 10), y
- patrocinar y participar en muchos y variados talleres, conferencias y reuniones.

¿Cómo se pueden sostener las actividades de apoyo madre a madre?

Algunos de los desafíos referentes a la sustentabilidad incluyen la carencia y el cambio completo de voluntarios así como las limitaciones financieras. A menudo, el cambio completo es el resultado de responsabilidades de familia y la falta de reconocimiento y aceptación de los voluntarios por parte de los proveedores de atención de la salud. Estos desafíos han sido enfrentados enfocando en una o dos actividades, tareas asociadas al tiempo disponible, y el ofrecer incentivos. Los ejemplos de incentivos para voluntarios incluyen estipendios, comidas, servicios médicos gratuitos, ceremonias de graduación y diplomas de entrenamiento, y ropa especial y otros artículos para distinguir a los voluntarios.

Algunos programas han enfrentado las limitaciones financieras iniciando actividades generadoras de ingresos, tales como la venta de camisetas, láminas y material educativo. Otros se han acercado a donantes que proveen subsidios para el entrenamiento y el programa y para contribuciones equivalentes de bienes (tales como espacio de oficina y equipo) y servicios.

La falta de colaboración con otros servicios de salud amenaza la sustentabilidad. Como regla general, la creación de redes y la colaboración con agencias del gobierno y con las ONG son vínculos esenciales que puedan contribuir a referencias mutuas, entrenamiento compartido, y oportunidades de asistencia técnica. Debe existir una estructura de apoyo sólida y consistente, con individuos comprometidos, para apoyar al crecimiento.

Para información adicional y recursos para el apoyo de madre a madre, póngase en contacto con el proyecto LINKAGES o La Leche League International, 1400 N. Meacham Road, Schaumburg, IL. 60173-4048, (847) 519-7730 o visite su website en www.lalecheleague.org.

La Hoja de Preguntas Frecuentes es una publicación de LINKAGES: Programa de Lactancia Materna, MELA, Alimentación Complementaria y Nutrición Materna. LINKAGES recibe apoyo de G/PHN/HM Global, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) bajo los términos del Subsidio No. HRN-A-00-97-00007-00 y es manejado por la Academia de Desarrollo Educativo. Las opiniones expresadas en esta publicación son las de los autores y no necesariamente reflejan las opiniones de USAID. La Leche League International, uno de los miembros del equipo del proyecto, y Ammehjelpen de Norway y una organización de Singapore contribuyeron al desarrollo de esta publicación.

PS

Lactational Amenorrhea Method (LAM)
Frequently Asked Questions (FAQ)

LINKAGES

FAQ SHEET 3 **From the LINKAGES Project** **Updated September 2001**

FAQ Sheet is a series of publications of Frequently Asked Questions on topics addressed by the LINKAGES Project. This issue focuses on the Lactational Amenorrhea Method (LAM) and is addressed to the Child Survival and Family Planning Health Care Provider.

What is the Lactational Amenorrhea Method (LAM)?

The Lactational Amenorrhea Method (LAM) is a modern, temporary family planning method that has been developed as a tool to help support both breastfeeding and family planning use. It is based on the natural infertility resulting from certain patterns of breastfeeding. "Lactational" means related to breastfeeding; "Amenorrhea" means not having menstrual bleeding; and "Method" means a technique for contraception.

LAM is defined by three criteria:

1. the woman's menstrual periods have not resumed, AND
2. the baby is fully or nearly fully breastfed, AND
3. the baby is less than six months old.

When any one of these three criteria is no longer met, another family planning method must be introduced in a timely manner to ensure healthy birth spacing.

Optimal breastfeeding practices include exclusive breastfeeding for the first six months and breastfeeding with appropriate complementary feeding for two years or more. LAM is a family planning method which supports improved breastfeeding, healthy child spacing, child survival, and women's health.

How effective is LAM?

LAM provides family planning protection comparable to other family planning methods.

Pregnancies per 100 women in first 12 months of use

	Typical Use	Perfect Use
Injectables	0.3	0.3
IUD	0.8	0.6
LAM	2	0.5
Combined Oral Contraceptives	6-8	0.1
Condom	14	3

Adapted from: the Essentials of Contraceptive Technology, Johns Hopkins Population Information Program, 1997.

PS 031408

LINKAGES ■ Academy for Educational Development ■ 1825 Connecticut Avenue, NW Washington, DC 20009
Phone (202) 884-8700 ■ Fax (202) 884-8977 ■ E-mail linkages@aed.org ■ Website www.linkagesproject.org

What are the three LAM criteria?

1. The woman's menstrual periods have not resumed

Following childbirth, the resumption of menses is an important indicator of a woman's return to fertility. During breastfeeding a woman is less likely to ovulate. However, once a woman starts to menstruate, ovulation has returned or may be imminent. Bleeding during the first two months postpartum is lochial discharge and is not considered menstrual bleeding. Menstruation is defined for LAM use as two consecutive days of bleeding, or when a woman perceives that she has had a bleed similar to her menstrual bleed, either of which occurs at least two months postpartum.

2. The baby is fully or nearly fully breastfed[1]

Full Breastfeeding is the term applied to both *exclusive breastfeeding* (no other liquid or solid is given to infant) and *almost exclusive breastfeeding* (vitamins, water, juice, or ritualistic feeds given infrequently in addition to breastfeeds). **Nearly Full Breastfeeding** means that the vast majority of feeds given to infants are breastfeeds.

While **exclusive breastfeeding** is not necessary for LAM to be effective, the closer the pattern is to exclusive, the better for mother and baby. The optimal pattern for the baby is to be nursed frequently and for as long as the infant wants to remain on the breast, both day and night. At night, no interval between feedings should be greater than six hours.

3. The baby is less than six months old

At six months of age, the baby should begin receiving complementary foods while continuing to breastfeed. Introduction of water, liquids, and foods can reduce the amount of sucking at the breast, triggering the hormonal mechanism that causes ovulation—and menses—to resume.

A mother may not want to switch to other family planning methods when she no longer meets the LAM criteria and may choose to continue to rely on lactational amenorrhea for pregnancy delay. In this case the woman should be counseled to keep breastfeeding frequently and to breastfeed before giving the infant other foods. She should be informed that her risk of pregnancy increases.

What are the advantages and disadvantages of LAM?

Advantages	Disadvantages
Very effective	Can only be used for a short period (up to six months postpartum)
Provides up to 0.5 CYPs (Couple Years Protection)	
Has no side effects	Requires breastfeeding frequently both day and night
Does not require insertion of any device at the time of sexual intercourse	
May attract new family planning users	
Contributes to family planning prevalence directly and through increased acceptance rates	
Can be initiated immediately postpartum	
Is economical and requires no commodities or supplies	
Contributes to optimal breastfeeding practices and therefore enhances maternal and infant health and nutrition	
Acceptable to all religious groups	

When can LAM be initiated?

LAM can be initiated at any time during the first six months postpartum. The best time to begin counseling a woman about LAM and other family planning methods is during the antenatal period to allow her to make an informed choice about which method she wishes to use following the birth of her baby. LAM can be started immediately postpartum. The health care provider can help prepare the woman to begin breastfeeding immediately after birth and, if the woman has decided to use LAM, verify that she understands the three criteria for LAM use.

If a woman wants to initiate LAM use within the first two months postpartum, she must verify that she has been fully or nearly fully breastfeeding her baby since delivery. A woman may still be having postpartum bleeding (lochial discharge) that may be similar to a monthly bleed. As long as she is fully or nearly fully breastfeeding, the bleeding in the first two months does not disqualify her from initiating LAM during this period.

If a woman wants to start using LAM when she is more than two months postpartum, the health care provider must carefully verify that she has met the three criteria for LAM use since delivery.

What is the difference between LAM, breastfeeding, and amenorrhea?

- LAM is a *contraceptive method*, based on the physiology of breastfeeding. LAM is a method of contraception that a woman consciously chooses to use to reduce her chance of becoming pregnant by adhering carefully to the three criteria.
- Breastfeeding is a *feeding practice.*
- Amenorrhea, or the *absence of menstrual bleeding*, reflects a reduced risk of ovulation, but neither breastfeeding nor amenorrhea is a family planning method.

What are the optimal breastfeeding practices[1] that contribute to breastfeeding and LAM success?

1. Breastfeed as soon as possible after birth, and remain with the newborn for at least several hours following delivery.
2. Breastfeed frequently both day and night.
3. Breastfeed exclusively for the first six months: no water, other liquids, or solid foods.
4. After the first six months when complementary foods are introduced, breastfeed before giving complementary foods.
5. Continue to breastfeed for up to two years and beyond.
6. Continue breastfeeding even if mother or baby is ill.
7. Avoid using bottles, pacifiers (dummies), or other artificial nipples.
8. Mothers who are breastfeeding should eat and drink sufficient quantities to satisfy their hunger and thirst.

---

[1] *Guidelines: Breastfeeding, Family Planning, and the Lactational Amenorrhea Method (LAM). Institute for Reproductive Health, Georgetown University, 1994 (available in Arabic, English, French, Russian and Spanish).*

How many return visits are needed by LAM users?

When counseling a new LAM acceptor, the health care provider should discuss her follow-up needs and determine with the client how frequently she needs to be seen and what setting is most accessible for her. At the very least, a client needs to return for a visit if she perceives any breastfeeding difficulties or as soon as any one of the LAM criteria changes. An additional follow-up visit at five to six months postpartum is essential to determine the client's plans for switching to another contraceptive method and for introducing complementary foods when her baby is six months old. Whenever possible, the health care provider should schedule the visit when the client brings her baby for assessment or immunization, in this way saving the mother time by reducing the total number of visits to the clinic.

If the client is unable to schedule a visit or if she lives far away and will have difficulty returning, the provider should give her a supply of condoms, spermicides, and/or progestin-only pills. In this way she can maintain contraceptive protection if LAM is discontinued before she is able to return to the clinic.

What contraceptive methods can be used after LAM?

When any one of the three criteria for LAM use is no longer met or when a woman decides to stop using LAM, she needs to begin using another contraceptive method for as long as she wants to prevent another pregnancy. Women who are breastfeeding and who switch to another method should be advised on contraceptive options. Combined oral contraceptive pills (COC) and combined injectables are not recommended before six months postpartum because they contain estrogen, which may decrease the quantity of breastmilk. After six months postpartum, a woman who is breastfeeding can use any method of her choice as long as she is properly screened and meets the eligibility criteria.

Can a woman who is separated from her baby use LAM?

The amount of time that a woman is separated from her baby is a key factor in establishing the LAM criterion of full or nearly full breastfeeding, day and night, with no long intervals between feedings. A woman who is separated from her baby regularly for more than four to six hours cannot expect a high level of contraceptive protection from LAM, even if she expresses milk during the separation. Expressing breastmilk may not be as effective as suckling at the breast in suppressing ovulation, and for this reason a woman who expresses her milk may not be able to rely on LAM. In a study on LAM in working women, the pregnancy rate increased to five percent. Some women can make arrangements to have their babies brought to them to nurse and/or are able to go to their baby at regular intervals. Women who are able to keep their babies with them at the work site, market, or in the fields and are able to breastfeed their children frequently can rely on LAM.

How flexible is the method?

LAM is a flexible method. In some countries, programs may modify the criteria slightly to reflect cultural norms or national policies without decreasing the method's efficacy. Many women have occasionally had longer intervals between feedings, their baby has slept through a night, or they have fed the baby regularly with small amounts of complementary foods, and still have had the same high level of effectiveness.

Continued on page 6

LAM Decision Making Path[1]

Ask the mother, or advise her to ask herself, these three questions:

**However, the mother may choose to use a complementary family planning method at any time.*

In some settings, programs modify or simplify the method to meet local conditions. For example, they may require exclusive breastfeeding as an eligibility criterion and not accept nearly full breastfeeding. It is important for the health care or family planning provider to understand the criteria and the parameters of flexibility of LAM when modifying any aspect of the method.

Q *What guidance can health workers give mothers about the use of LAM in areas of high human immunodeficiency virus (HIV) prevalence?*

Women who are HIV+ and who choose to breastfeed can use LAM if they meet the three eligibility criteria. HIV+ women need to be carefully counseled regarding their reproductive intentions and the contraceptive methods available to them. These women and women at risk for HIV infection should be advised to use condoms *in addition to* whatever contraceptive method is used. It is important that HIV+ women be counseled about the benefits and risks of breastfeeding and other infant feeding options. In fact, some studies indicate that exclusive breastfeeding may help reduce the risk of passage of HIV to the infant when the mother is infected. The infant feeding decision is the mother's to make.

Some general counseling guidelines are:

- Where confidential testing for HIV is not available or used and a mother's HIV status is not known, promote exclusive breastfeeding for the first six months as safer than breastmilk substitutes as these may not be *regularly* available, affordable, or safely used. If status is unknown, exclusive breastfeeding is especially important. Promote use of condoms and teach women how to avoid exposure to HIV and other sexually transmitted infections. Under these conditions, if the mother chooses to breastfeed, LAM can be used.
- If a mother knows she is HIV+ and breastmilk substitutes are not available, not affordable, or cannot be safely used, promote exclusive breastfeeding (never mixed breastfeeding) for the first six months as safer than breastmilk substitutes. Promote use of condoms and teach her how to prevent transmission of HIV to her partner and how to protect herself from repeated exposure to HIV and other sexually transmitted infections. Under these conditions, LAM can be used.
- If a mother is HIV negative, promote exclusive breastfeeding for the first six months as the safest option for infant feeding. Promote use of condoms and teach her how to avoid exposure to HIV.[2] Under these conditions, LAM can be used.

Encourage your local family planning and health care providers to include LAM in their programming for its double impact, supporting both optimal infant feeding and optimal child spacing of three years or more. Many training curricula, job aids, and other modules are available to help you include LAM in your program.

For additional information or questions, please contact the LINKAGES Project.

[2] *FAQ Sheet 1, "Frequently Asked Questions on: Breastfeeding and HIV/AIDS," LINKAGES, October 1998.*

FAQ Sheet is a publication of LINKAGES: Breastfeeding, LAM, Complementary Feeding, and Maternal Nutrition Program. LINKAGES is supported by G/PHN/HN, the United States Agency for International Development (USAID) under the terms of Grant No. HRN-A-00-97-00007-00 and is managed by the Academy for Educational Development. The opinions expressed herein are those of the authors and do not necessarily reflect the views of USAID.

LINKAGES □ Academy for Educational Development □ 1825 Connecticut Avenue, NW Washington, DC 20009
Phone (202) 884-8000 □ Fax (202) 884-8977 □ E-mail linkages@aed.org □ Website www.linkagesproject.org

PS

Fiche de questions posées fréquemment sur la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)

FICHE de Questions 3 **Du Projet LINKAGES**
Mai 2000

La *Fiche de Questions* est une série de publications de questions posées fréquemment sur des thèmes traités par le Projet LINKAGES. Le présent numéro se concentre sur la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) et il se destine aux prestataires de soins pour la survie de l'enfant et de la planification familiale.

Les pratiques liées à un allaitement optimal sont notamment l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois et un allaitement avec une alimentation complémentaire adéquate pendant deux ans ou plus. MAMA est une méthode de planification familiale qui soutient l'allaitement maternel amélioré, un espacement adéquat des naissances, la survie de l'enfant et la santé de la femme.

Qu'est la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) ?

La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) est une méthode de planification familiale moderne et temporaire mise au point pour soutenir aussi bien l'allaitement maternel que la planification familiale. Elle se fonde sur l'infécondité naturelle résultant de certains modes d'allaitement. « Aménorrhée » signifie absence de menstruation et « méthode » veut dire technique de contraception.

MAMA est définie par trois critères :

1. la femme n'a pas encore eu son retour de couches, ET
2. le bébé est allaité entièrement ou presque entièrement, ET
3. le bébé a moins de six mois.

Quand l'un de ces critères n'est plus satisfait, une autre méthode de planification familiale doit être utilisée au moment opportun pour vérifier un espacement adéquat des naissances.

MAMA est-elle efficace ?

MAMA fournit une protection de planification comparable à d'autres méthodes de planification familiale.

Grossesses pour100 femmes pendant les 12 premiers mois d'utilisation

	Utilisation typique	Utilisation parfaite
Injectables	0.3	0.3
DIU	0.8	0.6
MAMA	2	0.5
Contraceptifs oraux combinés	6-8	0.1
Condoms	14	3

Adapté de : Essentials of Contraceptive Technology, Johns Hopkins Population Information Program, 1997.

PS 031408

LINKAGES ▫ Académie pour le Développement de l'Education ▪ 1825 Connecticut Avenue, NW Washington, DC 20009
Phone (202) 884-8000 ▫ Fax (202) 884-8977 ▫ Courrier électronique linkages@aed.org ▪ Site web www.linkagesproject.org

Quels sont les trois critères MAMA ?

1. La femme n'a pas encore eu son retour de couches

Après une naissance, le retour de couches (menstruation) est un indicateur important du retour de fécondité d'une femme. Pendant l'allaitement maternel, une femme est moins susceptible d'avoir une ovulation. Mais une fois qu'une femme commence à avoir sa menstruation, l'ovulation est revenue ou elle est post-partum sont des pertes de lochies et ne devraient pas être pris pour un saignement menstruel. La menstruation est définie pour l'utilisation de MAMA comme deux jours consécutifs de saignement ou quand une femme pense qu'elle a eu un saignement analogue aux saignements menstruels, dont les deux doivent survenir au moins à deux mois du post-partum.

2. Le bébé est allaité entièrement ou presque entièrement[1]

L'allaitement complet est le terme appliqué aussi bien à *l'allaitement maternel exclusif* (aucun liquide ou aliment solide n'est donné au nourrisson) qu'à *l'allaitement maternel quasi-exclusif* (vitamines, eau, jus de fruits ou aliments rituels sont donnés à l'occasion outre le lait maternel). Un **allaitement maternel presque complet** signifie que le nourrisson reçoit essentiellement le lait maternel.

L'allaitement maternel exclusif n'est pas nécessaire pour que MAMA soit efficace, mais plus le mode a tendance à être exclusif, mieux cela vaut pour la mère et le bébé. Le mode optimal pour le bébé, c'est de recevoir le sein fréquemment et aussi longtemps que le nourrisson souhaite être nourri, aussi bien le jour que la nuit. La nuit, l'intervalle entre les tétées ne devrait pas dépasser six heures.

3. Le bébé a moins de six mois.

A six mois, le bébé devrait commencer à recevoir des aliments complémentaires tout en continuant à être allaité. L'introduction d'eau, de liquides et d'aliments peut réduire la succion du sein, déclenchant le mécanisme hormonal à l'origine de l'ovulation et les règles reviennent. Une mère ne souhaitera pas forcément utiliser d'autres méthodes de planification familiale une fois qu'elle ne satisfait plus aux critères MAMA et elle voudra peut-être continuer à dépendre de l'aménorrhée due à l'allaitement pour remettre à plus tard une grossesse. Dans ce cas, l'on conseillera à cette femme de continuer à allaiter fréquemment et de donner le sein au bébé avant d'autres aliments. Il faut également l'informer que son risque de tomber enceinte augmente.

Quels sont les avantages et les inconvénients de MAMA ?

Advantages	Inconvénients
Très efficace	Ne peut être utilisée que pendant une brève période (jusqu'à six mois du post-partum)
Fournit jusqu'à 0,5 CAP (couple-années de protection)	
N'a pas d'effets secondaires	
N'exige pas l'insertion d'un dispositif au moment des rapports sexuels	Demande que l'on allaite souvent, jour et nuit
Peut attirer de nouvelles utilisatrices de la planification familiale	
Contribue directement à la prévalence de la planification familiale et par le biais de taux d'acceptation accrus	
Peut être démarrée immédiatement après la naissance	
Est économique et ne demande ni produits, ni fournitures	
Contribue à des pratiques d'allaitement optimal et partant, renforce la santé et la nutrition de la mère et de l'enfant	
Acceptable pour tous les groupes religieux	

Quand MAMA peut-elle être démarrée ?

MAMA peut être démarrée à n'importe quel moment pendant les six premiers mois du post-partum. Le meilleur moment pour commencer à donner des conseils à propos de MAMA et d'autres méthodes de planification familiale, c'est pendant la période prénatale pour permettre à la femme de faire un choix informé sur la méthode qu'elle souhaitera utiliser suivant la naissance de son bébé. MAMA peut être démarrée immédiatement après la naissance. Le prestataire de soins de santé peut aider à préparer la femme à commencer à allaiter immédiatement après l'accouchement et, si la mère a décidé d'utiliser MAMA, il vérifiera qu'elle comprend les trois critères liés à l'utilisation de MAMA.

Si une femme souhaite démarrer MAMA pendant les deux premiers mois du post-partum, elle doit s'assurer qu'elle pratique un allaitement complet ou quasi-complet depuis l'accouchement. Une femme peut encore avoir un saignement au moment du post-partum (perte de lochies) analogue aux saignements menstruels. Tant qu'elle pratique un allaitement complet ou quasi-complet, les saignements pendant les deux premiers mois ne l'empêchent nullement de démarrer MAMA pendant cette période.

Si une femme souhaite commencer à utiliser MAMA lorsqu'elle est à plus de deux mois du post-partum, le prestataire de soins de santé doit vérifier attentivement qu'elle satisfait aux trois critères de MAMA depuis l'accouchement.

Quelle est la différence entre MAMA, l'allaitement maternel et l'aménorrhée ?

- MAMA est une *méthode contraceptive* fondée sur la physiologie de l'allaitement maternel. MAMA est une méthode de contraception qu'une femme choisit en toute connaissance de cause pour réduire ses risques de tomber enceinte en adhérant attentivement à trois critères.
- L'allaitement maternel est une *pratique d'alimentation du nourrisson.*
- L'aménorrhée, ou *l'absence de règles,* reflète le risque moindre d'ovulation, mais ni l'allaitement maternel ni l'aménorrhée ne sont une méthode de planification familiale.

Quelles sont les pratiques d'allaitement optimal qui contribuent à la réussite ou à l'efficacité de l'allaitement et de MAMA ?

1. Donner le sein aussi rapidement que possible après la naissance et rester avec le nouveau-né pendant quelques heures au moins suivant l'accouchement.
2. Allaiter fréquemment, jour et nuit.
3. Allaiter exclusivement pendant les six premiers mois : pas d'eau, pas d'autres liquides, pas d'aliments solides.
4. Après les six premiers mois, quand des aliments complémentaires sont introduits, allaiter avant de donner des aliments complémentaires.
5. Continuer à allaiter pendant deux ans et au-delà.
6. Continuer à allaiter, même si la mère ou le bébé est malade.
7. Eviter d'utiliser des biberons, des tétines ou d'autres mamelons artificiels.
8. Les mères qui allaitent devraient manger et boire des quantités suffisantes pour satisfaire à leur faim et soif.

---

[1] Directives : Allaitement maternel, planification familiale et méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA). Institut pour la Santé reproductive, Université de Georgetown, 1994 (disponible en arabe, en anglais, en français, en russe et en espagnol).

Combien de visites de retour sont nécessaires pour les utilisatrices de MAMA ?

Lorsqu'il donne des conseils à une nouvelle utilisatrice de MAMA, le prestataire de soins de santé devrait discuter du suivi et déterminer le nombre de fois qu'elle doit revenir et le contexte qui lui est le plus facilement accessible. Il faudrait au moins que la cliente revienne quand elle rencontre des difficultés liées à l'allaitement ou dès que l'un des critères de MAMA change. Une visite de retour supplémentaire à cinq ou six mois du post-partum est très importante pour déterminer si la cliente a l'intention d'introduire des aliments complémentaires et si elle souhaite utiliser une autre méthode contraceptive quand son bébé a environ six mois. Chaque fois que possible, le prestataire de soins de santé devrait fixer un rendez-vous quand la cliente revient avec son bébé pour une consultation ou une vaccination et ainsi, la mère perd moins de temps puisqu'elle devra revenir moins souvent au centre de santé.

Si la cliente ne peut pas prendre un rendez-vous ou si elle habite trop loin et qu'elle aura des problèmes à revenir, le prestataire doit lui donner des condoms, des spermicides et/ ou des pilules progestatives. Ainsi, elle pourra maintenir une protection contraceptive si elle arrête MAMA avant de pouvoir revenir au centre de santé.

Quelles sont les méthodes contraceptives pouvant être utilisées après MAMA ?

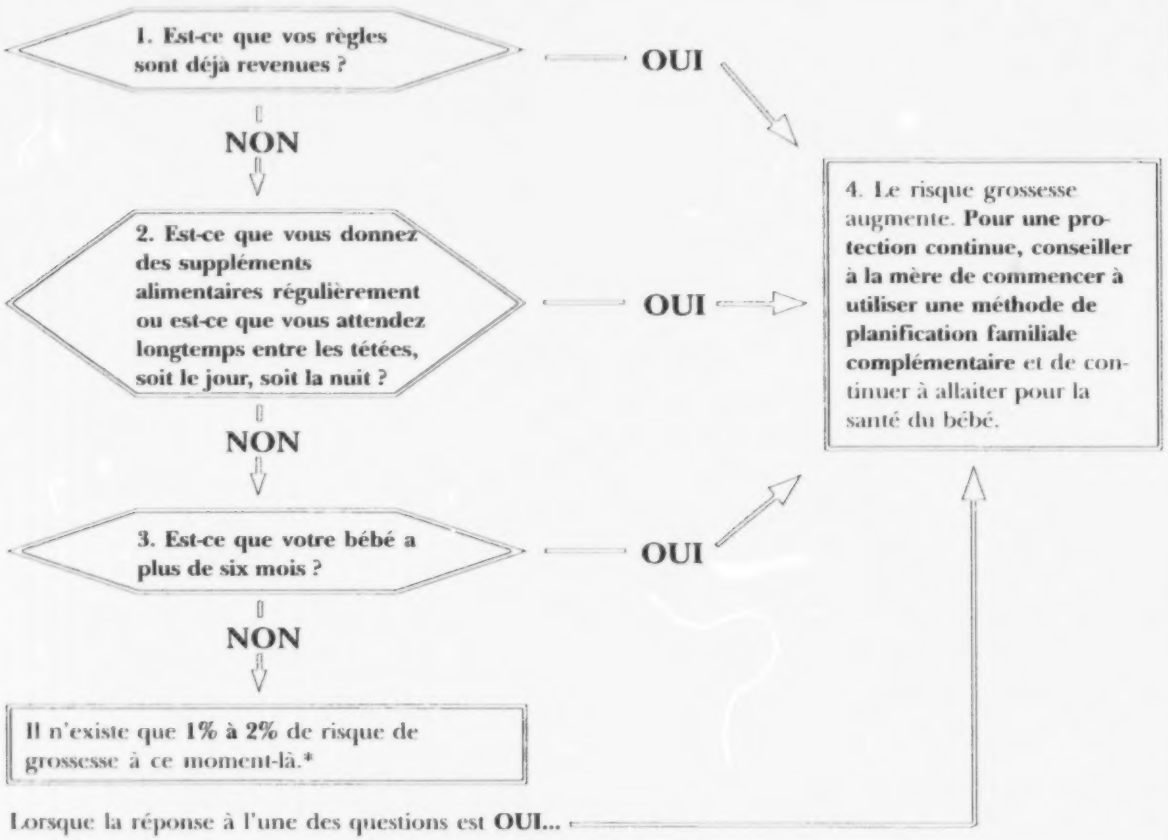
Quand l'un des trois critères liés à l'utilisation de MAMA n'est plus satisfait ou quand une femme décide d'arrêter d'utiliser MAMA, elle doit commencer à utiliser une autre méthode contraceptive tant qu'elle souhaite éviter une autre grossesse. Les femmes qui allaitent et qui souhaitent utiliser une autre méthode doivent recevoir des conseils sur leur choix en matière de contraceptifs. Les contraceptifs oraux combinés (COC) et les injectables combinés ne sont pas recommandés avant six mois du post-partum car ils contiennent des œstrogènes pouvant diminuer la quantité de lait maternel. Après six mois du post-partum, une femme qui allaite peut utiliser toute méthode qu'elle choisira du moment qu'elle reçoit un dépistage correct et répond aux critères de recevabilité liés à l'utilisation de la méthode.

Une femme qui est séparée de son bébé peut-elle utiliser MAMA ?

Le temps pendant lequel une femme est séparée de son bébé est un facteur essentiel lié aux critères de MAMA concernant l'allaitement complet ou quasi-complet jour et nuit, sans intervalles longs entre les tétées. Une femme qui est séparée régulièrement de son bébé pendant plus de quatre à six heures ne peut pas espérer une protection contraceptive efficace de MAMA, même si elle extrait le lait pendant la séparation. En effet, extraire le lait risque de ne pas être aussi efficace que de téter le sein en ce qui concerne la suppression de l'ovulation et c'est la raison pour laquelle une femme qui extrait son lait ne pourra pas forcément dépendre de MAMA. Dans le cadre d'une étude sur MAMA et les femmes qui travaillent, le taux de grossesse a augmenté à 5%. Certaines femmes peuvent prendre des arrangements pour qu'on leur amène le bébé et pour qu'elles puissent l'allaiter ou alors, elles pourront s'absenter et aller voir le bébé à des intervalles réguliers. Les femmes qui peuvent emmener leur bébé au travail, au marché ou dans les champs et qui sont en mesure de lui donner fréquemment le sein peuvent dépendre de MAMA.

Prise de décision pour MAMA*

Demander à la mère ou lui conseiller de se poser elle-même ces trois questions :



**Mais la mère peut choisir d'utiliser à n'importe quel moment une méthode complémentaire de planification familiale.*

La méthode est-elle souple ?

MAMA est une méthode souple. Dans certains pays, les programmes peuvent modifier légèrement les critères pour refléter les normes culturelles ou les politiques nationales, sans diminuer pour autant l'efficacité de la méthode. Bien des femmes ont rallongé, à l'occasion, les intervalles entre les tétées ou le bébé a dormi toute la nuit, ou encore elles ont donné à l'enfant de petites quantités d'aliments complémentaires et elles ont quand même bénéficié du même niveau élevé d'efficacité.

Dans certains contextes, les programmes modifient ou simplifient la méthode pour répondre aux conditions locales. Par exemple, ils peuvent fixer l'allaitement maternel exclusif comme un critère de recevabilité et ne pas accepter l'allaitement quasi-complet. Ce qui compte, c'est que le prestataire des soins de santé ou de la planification familiale comprenne le critère et les paramètres d'utilisation souple de MAMA lorsqu'il modifie un aspect de la méthode.

Quelles sont les directives que les agents de santé peuvent donner aux mères concernant l'utilisation de MAMA dans les régions où existe une prévalence élevée du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ?

Les mères qui sont séropositives et qui choisissent d'allaiter peuvent utiliser MAMA si elles répondent aux trois critères de recevabilité. Les femmes séropositives devront recevoir des conseils attentifs concernant leurs intentions en matière de procréation et les méthodes contraceptives disponibles dans leur cas. Ces femmes, ou alors les femmes qui courent le risque de contracter l'infection par le VIH, devraient utiliser des condoms outre la méthode contraceptive choisie. Il est important que les femmes séropositives reçoivent des conseils concernant les avantages et les risques de l'allaitement maternel et les autres possibilités d'alimentation du nourrisson. De fait, certaines études indiquent que l'allaitement maternel exclusif peut aider à diminuer le risque de transmission du VIH au nourrisson quand la mère est infectée. C'est la mère qui doit décider du mode d'alimentation de son bébé.

Voici des directives générales liées à ces conseils :

- Lorsqu'il n'est pas possible de faire un test confidentiel du VIH, ou lorsqu'on ne sait pas si la mère est séropositive ou non, il faut encourager l'allaitement maternel exclusif comme une solution moins risquée que les produits de remplacement du lait maternel car ceux-ci ne sont pas toujours disponibles, financièrement abordables ou ils ne sont pas toujours utilisés de manière sûre. Si l'on ne sait pas si la mère est séropositive ou non, l'allaitement maternel exclusif est particulièrement important. Il faut encourager l'utilisation de condoms et apprendre aux femmes à éviter le risque de contracter le VIH ou autre infection sexuellement transmissible. Dans ces conditions, si la femme décide d'allaiter, elle peut utiliser MAMA.
- Si une mère sait qu'elle a contracté le VIH et si des produits de remplacement du lait maternel ne sont pas disponibles, ou abordables, ou ne peuvent pas être utilisés en toute sécurité, il faut encourager l'allaitement maternel exclusif (jamais l'allaitement mixte) comme une solution plus sûre que les produits de remplacement du lait maternel. Il faut également encourager l'utilisation de condoms et lui apprendre à prévenir la transmission du VIH à son partenaire ou d'autres infections sexuellement transmissibles. Dans ces conditions, MAMA peut être utilisée.
- Si une mère est séronégative, il faut encourager l'allaitement maternel exclusif comme la solution la plus sûre pour alimenter le bébé. Il faut également promouvoir l'utilisation des condoms et lui apprendre à éviter l'exposition au VIH.[2] Dans ces conditions, MAMA peut être utilisée.

[2] *Fiches de questions 1, « Questions posées fréquemment sur : l'allaitement maternel et le VIH/SIDA, » LINKAGES, octobre 1998.*

Encourager vos prestataires locaux de planification familiale et de soins de santé à inclure MAMA à leurs programmes pour son double impact, appuyant tant un allaitement optimal du nourrisson qu'un espacement optimal des naissances de trois ans ou plus. Il existe de nombreux programmes de formation, aides professionnelles et autres modules pour vous aider à inclure MAMA à votre programme.

Pour de plus amples informations ou toute question, prière de contacter le Projet LINKAGES.

La Fiche de questions posées fréquemment est une publication de LINKAGES : Programme d'Allaitement maternel, MAMA, Alimentation complémentaire et Nutrition maternelle. LINKAGES est soutenu par G/PHN/HM, de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID) aux termes du Don No. HRN-A-00-97-00007-00 et géré par l'Académie pour le Développement de l'Education. Les opinions exprimées ici incombent aux auteurs et ne reflètent pas forcément les vues de l'USAID.

LINKAGES □ Académie pour le Développement de l'Education □ 1825 Connecticut Avenue, NW Washington, DC 20009
Phone (202) 884-8000 □ Fax (202) 884-8977 □ Courrier électronique linkages@aed.org □ Site web www.linkagesproject.org

PS

LINKAGES

Hoja de preguntas
Preguntas más frecuentes sobre el Método de Lactancia y Amenorrea (MELA)

FAQ SHEET 3 **Del Proyecto LINKAGES** **Mayo 2000**

Hoja de preguntas frecuentes es una serie de publicaciones sobre temas abordados por el proyecto LINKAGES. Este número se trata el Método de Lactancia y Amenorrea (MELA) y está especialmente dirigido a los proveedores de salud en Supervivencia Infantil y Planificación Familiar.

Entre las prácticas óptimas de lactancia materna se encuentran la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses y lactancia materna con alimentación complementaria adecuada durante dos años o más. El MELA es un método de planificación familiar que favorece la lactancia materna, el espaciamiento de nacimientos, la supervivencia infantil y la salud de la mujer.

¿Qué es el Método de Lactancia y Amenorrea (MELA)?

El Método de Lactancia y Amenorrea (MELA) es un método temporal y moderno de planificación familiar, recomendado para favorecer tanto la lactancia materna y la planificación familiar. El MELA se basa en la infertilidad natural resultante de ciertos patrones de lactancia materna. En el contexto de MELA, "método" significa una técnica anticonceptiva, "amenorrea" significa ausencia de menstruación y "lactancia" se refiere a la práctica del amamantamiento.

El MELA se define mediante tres condiciones:

1. la madre no ha comenzado a menstruar, Y
2. el bebé es amamantado completa o casi completamente, Y
3. el bebé tiene menos de seis meses.

Cuando cualquiera de estas tres condiciones deja de cumplirse, debe introducirse otro método de planificación familiar, para asegurar el adecuado espaciamiento de los nacimientos.

¿Hasta qué punto es eficaz el MELA?

El MELA proporciona una protección anticonceptiva comparable a la de otros métodos de planificación familiar.

Embarazos por 100 mujeres en los 12 primeros meses de uso

	Uso típico	Uso perfecto
Inyectables	0.3	0.3
Dispositivo intrauterino	0.8	0.6
MELA	2	0.5
Anticonceptivos orales combinados	6-8	0.1
Preservativo	14	3

Adaptado de: The Essentials of Contraceptive Technology, Programa de Información sobre Población de Johns Hopkins, 1997.

LINKAGES ■ La Academia para el Desarrollo Educativo ■ 1825 Connecticut Avenue, NW, Washington, DC 20009
Phone (202) 884-8700 ■ Fax (202) 884-8977 ■ E-mail linkages@aed.org ■ Sitio del Web www.linkagesproject.org

PS 031408

¿Cuáles son las tres condiciones del MELA?

1. La madre no ha comenzado a menstruar

Después del parto, la reanudación de la menstruación es un indicador importante de que una mujer ha vuelto a ser fértil. Durante la lactancia es menos probable que una mujer ovule. Una vez que la mujer comienza a menstruar, la ovulación se ha reanudado o puede ser inminente. La secreción de los primeros dos meses posparto, se denomina loquios, y no se considera menstruración. En el contexto del MELA se entiende por menstruación dos días consecutivos de manchado o cuando una mujer cree que es un sangrado similar al de su menstruación, siempre y cuando hayan transcurrido dos meses después del parto.

2. El bebé es amamantado completa o casi completamente[1]

Lactancia materna completa es el término que se aplica a la *lactancia materna exclusiva* (no se le da al lactante ningún otro líquido ni sólido) y *lactancia materna casi exclusiva* (además de la lactancia materna se le da al bebé con poca frecuencia vitaminas, agua, jugo o alimentos rituales). La **lactancia materna casi completa** significa que la gran mayoría de la alimentación que se da a los bebés es la leche materna.

Si bien la **lactancia materna exclusiva** no es absolutamente necesaria para que el MELA sea eficaz, cuanto más se acerque la práctica de la lactancia a la exclusividad, mejor será para la madre y el bebé. El patrón óptimo para el bebé es que sea amamantado frecuentemente y hasta tanto el lactante quiera seguir siendo amamantado, tanto de día como de noche. De noche, el intervalo entre una alimentación y otra no debe ser mayor de seis horas.

3. El bebé tiene menos de seis meses

Aproximadamente a los seis meses de edad, el bebé debe comenzar a recibir alimentos suplementarios mientras continúa siendo amamantado. La introducción de agua, líquidos y alimentos puede reducir la cantidad de veces que el bebé es amamantado, lo que provoca que se reanude la ovulación y la menstruación.

Es posible que una madre no quiera cambiarse a otro método de planificación familiar cuando ya no reúne las condiciones del MELA y que elija continuar dependiendo de la amenorrea de la lactancia para demorar el embarazo. Se le debería informar que su riesgo de embarazo aumenta. En este caso, aconseje a la mujer que siga amamantando frecuentemente y que amamante antes de darle al lactante otros alimentos.

¿Cuáles son las ventajas y desventajas del MELA?

Ventajas	Desventajas
Es muy eficaz Proporciona hasta 0,5 años de protección pareja No tiene efectos secundarios No requiere inserción de dispositivo alguno en el momento de la relación sexual Puede atraer a nuevos usuarios de planificación familiar Aumenta directamente la prevalencia de la planificación familiar por medio del aumento de las tasas de aceptación Puede iniciarse inmediatamente después del parto Es económico y no requiere ningún insumo ni instrumento Contribuye a prácticas óptimas de lactancia materna y, por lo tanto, mejora la salud y la nutrición de la madre y el niño Es aceptable por todos los grupos religiosos	Puede ser utilizado solamente durante un corto período (hasta seis meses después del parto) Requiere amamantamientos frecuentes durante el día y la noche

P ¿Cuándo puede iniciarse el MELA?

El MELA puede iniciarse en cualquier momento durante los primeros seis meses después del parto. El mejor momento para comenzar a aconsejar a una mujer sobre el MELA y otros métodos de planificación familiar es durante el período prenatal, para permitirle hacer una elección informada sobre cuál método desea usar después del nacimiento de su bebé. El MELA puede iniciarse inmediatamente después del parto. El proveedor de salud puede ayudar a preparar a la mujer para que comience a amamantar inmediatamente después del nacimiento y, si la mujer ha decidido usar el MELA, es necesario verificar de que comprende las tres condiciones para el uso del mismo.

Si una mujer quiere iniciarse en el uso del MELA en los primeros dos meses posparto, se debe verificar que ha estado amamantando completa o casi completamente a su bebé desde el parto. Es posible que una mujer continúe teniendo sangrado posparto (loquios) que sea similar a un sangramiento menstrual. Siempre que ella esté amamantando completa o casi completamente, el sangrado en los dos primeros meses no la descalifica de iniciar el MELA durante este período.

Si una mujer quiere comenzar a usar el MELA cuando ya tiene más de dos meses posparto, el proveedor de salud debe verificar, con sumo cuidado, que esta mujer reúna las tres condiciones para el uso del MELA.

P ¿Cuál es la diferencia entre el MELA, lactancia materna y amenorrea?

- El MELA es un método anticonceptivo que se basa en la fisiología de la lactancia materna. Es un método anticonceptivo que una mujer decide utilizar conscientemente para reducir las posibilidades de quedar embarazada, cumpliendo cuidadosamente con las tres condiciones.
- La lactancia materna es una *práctica de alimentación.*
- La amenorrea, o *ausencia de sangrado menstrual*, evidencia un reducido riesgo de ovulación, pero por sí solos ni lactancia materna ni la amenorrea constituyen un método de planificación familiar.

P ¿Cuáles son las prácticas óptimas de lactancia materna[1] que contribuyen al éxito de la misma y del MELA?

1. Permitir que el recién nacido se alimente con leche materna tan pronto como sea posible después del nacimiento y que permanezca con la madre por lo menos varias horas después del parto.
2. Amamantar con frecuencia de día y de noche.
3. Amamantar exclusivamente durante los seis primeros meses: no dar agua, otros líquidos ni alimentos sólidos.
4. Después de los primeros seis meses, cuando se introducen alimentos suplementarios, amamantar antes de dar estos alimentos.
5. Seguir amamantando durante dos años o más.
6. Seguir amamantando incluso si la madre o el bebé se enferman.
7. Evitar el uso de biberones, chupetes u otras tetillas artificiales.
8. Las madres han de comer y beber cantidades suficientes para satisfacer su hambre y sed.

[1] *Guías para la Lactancia materna, planificación familiar y el método de lactancia y amenorrea (MELA). Instituto de Salud Reproductiva, Universidad de Georgetown, 1994 (existe en árabe, español, francés, inglés, y ruso).*

P ¿Cuántas visitas de control necesitan tener las usuarias del MELA?

Al aconsejar a una nueva usuaria de MELA, el proveedor de salud debe hablar con ella sobre la necesidad de controles subsecuentes y determinar conjuntamente con qué frecuencia necesita ser atendida y cuál es el servicio más accesible para ella. Como mínimo, una usuaria necesita volver para una consulta si percibe alguna dificultad en la lactancia o tan pronto como cambie uno de las condiciones del MELA. Es necesario una visita de seguimiento a los cinco o seis meses posparto para determinar los planes que tiene la usuaria de introducir alimentos complementarios y cambiarse a otro método anticonceptivo cuando su bebé tenga más o menos seis meses de edad. En lo posible, el proveedor de salud deberá fijar la fecha de la consulta cuando la usuaria le traiga a su bebé para evaluación o vacunación, ahorrando así tiempo a la madre, al reducir el número de viajes a la clínica.

Si la usuaria no puede fijar la fecha de una visita o si vive muy lejos y tendrá dificultades en volver, el proveedor deberá darle preservativos, espermicidas y/o píldoras de solo progestina para que ella pueda mantener la protección anticonceptiva si abandona el MELA antes de que pueda volver a la clínica.

P ¿Qué métodos anticonceptivos se pueden utilizar después del MELA?

Cuando ya no se cumpla cualquiera de las tres condiciones del MELA o cuando una mujer decide dejar de utilizar este método, necesita comenzar a utilizar otro método anticonceptivo si desea prevenir otro embarazo. A las mujeres que están amamantando y que quieren cambiar a otro método anticonceptivo, se les debe aconsejar sobre las opciones anticonceptivas. No se recomienda el uso de píldoras anticonceptivas combinadas ni inyectables combinados antes de los seis meses posparto porque contienen estrógeno, que puede disminuir la cantidad de la leche materna. Después de los seis posparto, una mujer que está amamantando puede utilizar cualquier método que desee, siempre y cuando sea examinada adecuadamente y reúna los criterios que la habilitan para ello.

P ¿Puede una mujer que está separada de su bebé utilizar el MELA?

La cantidad de tiempo que una mujer está separada de su bebé es un factor clave para establecer la condición de lactancia completa o casi completa, día y noche, sin largos intervalos entre un amamantamiento y otro que requiere el MELA. Una mujer que está separada de su bebé regularmente durante más de cuatro a seis horas no debe pretender un alto nivel de protección anticonceptiva con el MELA, aún si extrae la leche durante la separación. El extraerse la leche materna puede no ser tan eficaz como succionar del pecho para inhibir la ovulación y por este motivo una mujer que se extrae la leche no debería confiar en el MELA el como método anticonceptivo.

En un estudio sobre el MELA realizado con mujeres que trabajan fuera de casa, la tasa de embarazos aumentó a cinco por ciento. Algunas mujeres pueden conseguir que les traigan a su bebé para que amamanten y/o pueden ir hasta su bebé a intervalos regulares. Las mujeres que pueden mantener a su bebé con ellas en el lugar de trabajo, en el mercado o en el campo y tienen facilidad de amamantarlo frecuentemente, pueden depender del MELA.

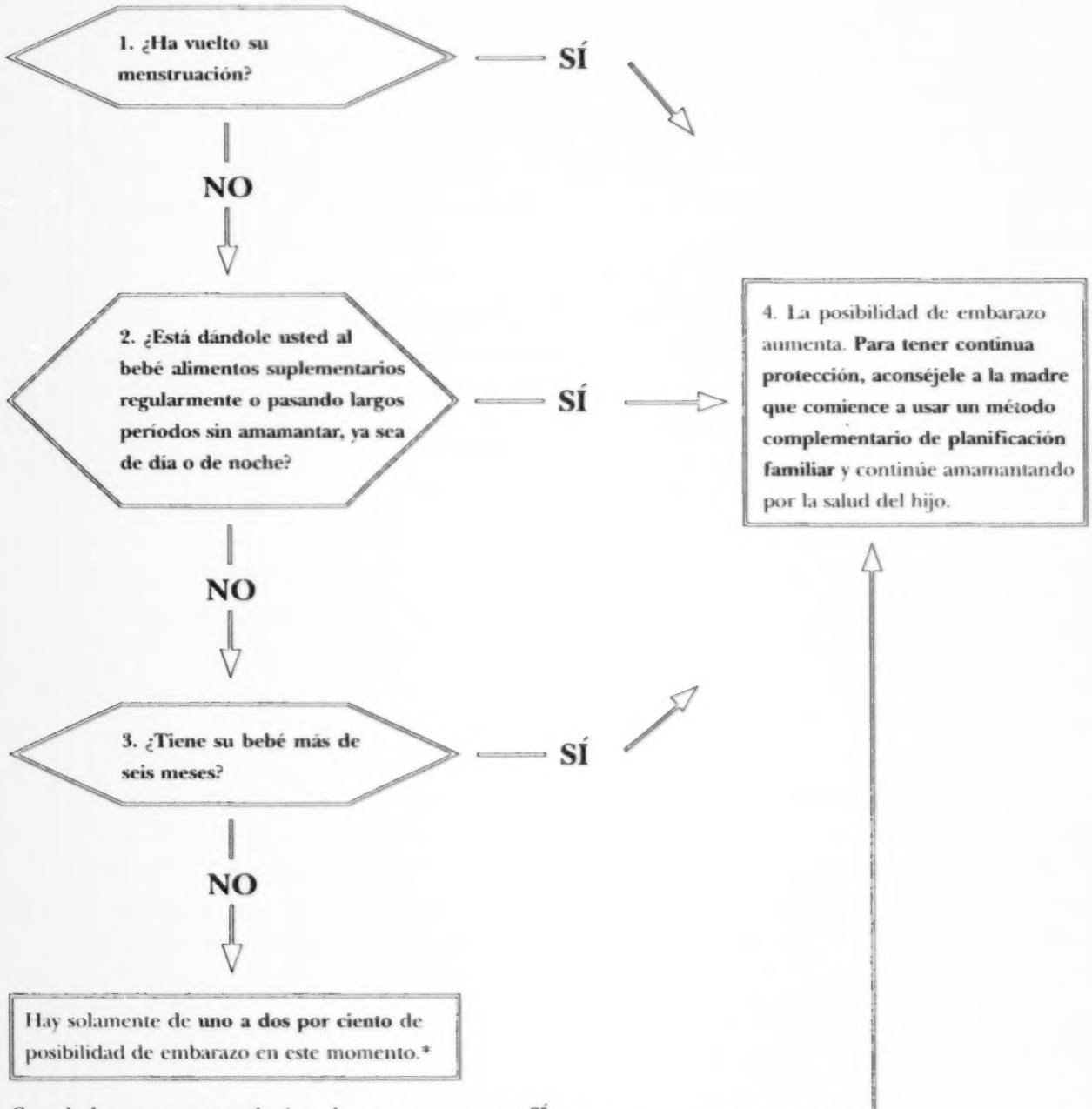
P ¿Qué flexibilidad tiene el método?

El MELA es un método flexible. En algunos países, los programas pueden modificar las condiciones levemente para incorporar normas culturales o políticas nacionales sin disminuir la eficacia del método. Muchas mujeres ocasionalmente han tenido intervalos más largos entre amamantamientos, su bebé ha dormido durante toda la noche o han alimentado al bebé regularmente con pequeñas cantidades de

Seguiendo en página 6

Secuencia para la toma de decisiones del MELA[1]

Formúlele a la madre, o aconséjele que se formule a sí misma, estas tres preguntas:



**Sin embargo, la madre puede elegir utilizar un método complementario de planificación familiar en cualquier momento.*

alimentos complementarios y aún así, el método sigue teniendo alto nivel de efectividad.

En algunos lugares, los programas modifican o simplifican el método para cumplir con las condiciones locales. Por ejemplo, a veces se requiere lactancia materna exclusiva como criterio de elegibilidad y no se acepta la lactancia materna casi completa. Lo importante es que el proveedor de salud o de planificación familiar comprenda las condiciones y parámetros de flexibilidad de MELA al modificar cualquier aspecto del método.

¿Que orientación pueden dar los trabajadores de salud a las madres sobre el uso del MELA en áreas de alta prevalencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH)?

Las mujeres que tienen el VIH y que eligen amamantar pueden usar el MELA si reúnen las tres condiciones de elegibilidad. Estas mujeres necesitan cuidadoso asesoramiento sobre sus intenciones reproducctivas y los métodos anticonceptivos disponibles para ellas. A ellas y a las que se encuentren en riesgo de contraer la infección del VIH se les debe aconsejar que utilicen preservativos además de cualquier otro método anticonceptivo. Es importante que las mujeres que tienen el VIH reciban orientación sobre los beneficios y los riesgos de la lactancia materna y de otras opciones de alimentación infantil. En realidad, algunos estudios señalan que la lactancia materna exclusiva puede ayudar a reducir el riesgo de transmitir el VIH al lactante cuando la madre está infectada. La decisión de cómo alimentar al bebé la tiene que tomar la madre.

Las siguientes son algunas de las pautas generales de consejería.

- Cuando no se puede realizar la prueba del VIH en forma confidencial o no se usa y no se conoce el estado de la madre con respecto al VIH, promueva la lactancia materna exclusiva como el método de alimentación más seguro que los suscedáneos de la leche materna, ya que estos pueden ser difíciles de conseguir con regularidad, no ser accesibles ni ser usados con seguridad. Si no se conoce el estado con respecto al VIH, la lactancia materna exclusiva es especialmente importante. Fomente el uso de preservativos y enséñeles a las mujeres cómo evitar exponerse al VIH o a otras enfermedades de transmisión sexual. En estas condiciones, si la madre decide amamantar, puede usar el MELA.
- Si una madre sabe que tiene el VIH y no se consiguen suscedáneos de leche materna, ni son accesibles ni pueden usarse con seguridad, fomente la lactancia materna exclusiva (no la lactancia materna mixta) como algo más seguro que los suscedáneos de la leche materna. Fomente el uso de preservativos y enséñele cómo impedir la transmisión del VIH a su compañero y cómo protegerse de repetidas exposiciones al VIH o de otras enfermedades de transmisión sexual. En estas condiciones puede usarse el MELA.
- Si una madre no tiene el VIH, fomente la lactancia materna exclusiva como la opción más segura para alimentar al bebé. Fomente el uso de preservativos y enséñele cómo evitar exponerse al VIH.[2] En estas condiciones, se puede utilizar el MELA.

Aliente a los proveedores de planificación familiar y atención de la salud de su localidad a que incluyan el MELA en su programa debido a su doble impacto: asegurar la alimentación óptima para el lactante y conseguir el espaciamiento óptimo de nacimientos durante tres años o más. Se cuenta con muchos programas de capacitación, ayudas audiovisuales y otros módulos para ayudarle a incluir el MELA en su programa.

Si necesita información adicional o tiene preguntas, sírvase dirigirse al Proyecto LINKAGES.

[2] *FAQ Sheet 1, "Preguntas más Frecuentes sobre Lactancia Materna y VIH/SIDA," LINKAGES, octubre de 1998.*

La Hoja de Preguntas Frecuentes es una publicación de LINKAGES: Programa de Lactancia Materna, MELA, Alimentación Complementaria y Nutrición Materna. LINKAGES recibe apoyo de G/PHN/HM, Global, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) bajo los términos del Subsidio No. HRN-A-00-97-00007-00 y es manejado por la Academia de Desarrollo Educativo. Las opiniones expresadas en esta publicación son las de los autores y no necesariamente reflejan las opiniones de USAID.

LINKAGES □ La Academia para el Desarrollo Educativo □ 1825 Connecticut Avenue, NW, Washington, DC 20009
Phone (202) 884-8700 □ Fax (202) 884-8977 □ E-mail linkages@aed.org □ Sitio del Web www.linkagesproject.org

106

PS

FAQ SHEET
Frequently Asked Questions on: Breastfeeding and Maternal Nutrition

FAQ SHEET 4 **From the LINKAGES Project** **June 2000**

FAQ Sheet is a series of publications of Frequently Asked Questions on topics addressed by the LINKAGES Project. This issue focuses on the impact of maternal nutrition on breastmilk quantity and quality, the nutritional requirements of lactating women, the impact of breastfeeding on maternal health, and implications of this information for programs.

Effect of Breastfeeding on Maternal Nutrition

Q *Does breastfeeding affect the mother's nutritional status?*

It can, depending on the mother's diet. The energy, protein, and other nutrients in breastmilk come from the mother's diet or from her own body stores. When women do not get enough energy and nutrients in their diets, repeated, closely-spaced cycles of pregnancy and lactation can reduce their energy and nutrient reserves, a process known as *maternal depletion*. However, there are also adaptations that help protect the mother from these effects. The most important is appetite. During pregnancy and particularly during lactation, a woman's appetite generally increases. The resulting increase in food intake helps meet the additional demands of pregnancy and lactation. Extra food, therefore, must be made available to the mother.

Community and household members should be informed of the importance of making additional food available to women before they become pregnant, during pregnancy and lactation, and during the *recuperative interval* when the mother is neither pregnant nor lactating. Making more food available to mothers is even more important in societies with cultural restrictions on women's diets. Efforts to increase the amount of food available to adolescent, pregnant, and lactating women can be the most effective way of improving their health and that of their infants.

Summary of Main Points

1. Unless extremely malnourished, virtually all mothers can produce adequate amounts of breastmilk. When the breastfeeding mother is undernourished, it is safer, easier, and less expensive to give her more food than to expose the infant to the risks associated with breastmilk substitutes.
2. Maternal deficiencies of some micronutrients can affect the quality of breastmilk. These deficiencies should be avoided by improving the diet or providing supplements to the mother.
3. Lactation places high demands on maternal stores of energy and protein. These stores need to be established, conserved, and replenished.
4. Delay of the first birth and adequate birth spacing help ensure that maternal stores are sufficient for healthy pregnancy and lactation.
5. Breastfeeding provides health benefits to the mother as well as to the infant.

LINKAGES ▫ Academy for Educational Development ▫ 1825 Connecticut Avenue, NW Washington, DC 20009
Phone (202) 884-8700 ▫ Fax (202) 884-8977 ▫ E-mail linkages@aed.org ▫ Website www.linkagesproject.org

How much extra food does a breastfeeding mother need?

To support lactation and maintain maternal reserves, most mothers in developing countries will need to eat about 650 additional kilocalories (the equivalent of one extra meal) every day. Well-nourished mothers who gain enough weight during pregnancy need less because they can use body fat and other stores accumulated during pregnancy. Lactation also increases the mother's need for water, so it is important that she drink enough to satisfy her thirst.

Should certain foods be eaten or avoided by breastfeeding mothers?

No. There are no specific foods that must be eaten or avoided by the breastfeeding mother, despite what many people think. Food rules (eat this, avoid that) can cause harm by reducing the mother's ability to choose a balanced diet or by discouraging her from breastfeeding. Consumption of a variety of foods is the best dietary advice.

Effect of Maternal Nutrition on Breastfeeding

Can malnourished mothers produce enough milk to breastfeed successfully?

Yes. In all but the most extreme cases, malnourished mothers can follow the same recommendations for breastfeeding as mothers who are not malnourished. These recommendations include exclusive breastfeeding[1] for about six months followed by on-demand breastfeeding and the introduction of complementary foods.

There is a common misconception that malnutrition greatly reduces the amount of milk a mother produces. Although malnutrition may affect the quality of milk, studies show that the amount of breastmilk produced depends mainly on how often and how effectively the baby sucks on the breast. If a mother temporarily produces less milk than the infant needs, the infant responds by suckling more vigorously, more frequently, or longer at each feeding. This stimulates greater milk production. When the breastfeeding mother is undernourished, it is safer, easier, and less expensive to give *her* more food than to expose an infant under six months of age to the risks[2] associated with feeding breastmilk substitutes or other foods.

Can breastmilk production be increased by giving the mother additional food?

Some evidence suggests it can. Two randomized intervention trials, in Burma and Guatemala, have so far been conducted to answer this question. In both studies, food supplementation of malnourished lactating mothers resulted in a small increase in infant milk intake. In another study in Indonesia, maternal supplementation *during pregnancy* improved infant growth rates, possibly by increasing breastmilk production. Therefore, although maternal malnutrition is not considered an important constraint to breastfeeding for most mothers, giving additional food to malnourished mothers during pregnancy and/or lactation may help increase milk production and will certainly improve their own nutritional status and provide additional energy to care for themselves and their families.

---

[1] *Exclusive breastfeeding means giving no other foods or liquids, not even water.*

[2] *These substitutes are less nutritious than breastmilk, lack antibodies to fight infections, and often carry contaminants.*

Should breastfeeding mothers take extra vitamins and minerals?

It depends on the mother's diet. Breastmilk is rich in the vitamins and minerals needed to protect an infant's health and promote growth and development. If the mother's diet is poor, the levels of micronutrients in breastmilk may be reduced or the mother's own health may be affected. It is therefore important that the mother's micronutrient intake is adequate. A diverse diet containing animal products and fortified foods will help ensure that the mother consumes enough micronutrients for both herself and her breastfeeding infant. If a diverse diet is not available, a micronutrient supplement may help.

For example, in areas where vitamin A deficiency is common, it is currently recommended that all mothers take a single high-dose supplement of 200,000 international units[3] (IU) of vitamin A as soon as possible after delivery. Studies have shown that such a supplement improves the vitamin A levels in the mother, in breastmilk, and in the infant. High doses of vitamin A are not recommended for women during pregnancy or later than eight weeks after delivery (or later than six weeks if the mother is not breastfeeding) because too much vitamin A may cause damage to the developing fetus. Although high doses during pregnancy can be dangerous, daily (<8,000 IU) or weekly (<25,000 IU) *low-dose* vitamin A supplements during pregnancy can reduce maternal night blindness and death.

The levels of thiamin, riboflavin, vitamin B-6, vitamin B-12, iodine, and selenium in breastmilk are also affected by how much is in the food the mother eats. In areas where deficiencies of these micronutrients are common, increasing the mother's intakes through improved diets or supplements will primarily improve breastmilk quality and infant nutrition.

Other micronutrients (such as folate, calcium, iron, copper, and zinc) remain at relatively high levels in breastmilk even when the mother's reserves are low. This means that the breastfeeding mother's own reserves can be used up and that it is primarily the mother herself who will benefit if she eats more food high in these micronutrients. Additional calcium and iron, in particular, are often needed to protect maternal reserves.

Effect of Breastfeeding on Maternal Health

Does breastfeeding benefit the mother's health?

Yes. Breastfeeding has many positive effects on the mother's health. One of the most important is *lactational infertility*. This is the period of time after giving birth that the mother does not become pregnant due to the hormonal effects of breastfeeding. Studies show that this effect is greater when the infant suckles more frequently and is exclusively breastfed. Increasing the interval between births has benefits for the mother and her children. Fewer pregnancies reduce the mother's risk of maternal depletion and maternal death. A related effect is *lactational amenorrhea*, the period of time after giving birth that the mother does not menstruate due to the same hormonal effects of breastfeeding. This is the basis for the lactational amenorrhea method (LAM)[4] of contraception. Lactational amenorrhea also reduces the amount of menstrual blood loss, which helps to prevent anemia by conserving the mother's iron stores.

---

[3] This recommendation is currently under review and may be increased, pending the results of on-going research.

[4] LAM is defined by three criteria: 1) the woman's menstrual periods have not resumed, AND 2) the baby is fully or nearly fully breastfed, AND 3) the baby is less than six months old.

There are many other benefits of breastfeeding for the mother. Breastfeeding immediately after delivery stimulates contraction of the uterus. This may help reduce loss of blood and risk of hemorrhage, a major cause of maternal mortality. There is good evidence that breastfeeding reduces the risk of ovarian and breast cancer and helps prevent osteoporosis.

Program Implications and Guidelines

What can programs do to support breastfeeding and maternal nutrition?

Information presented in this FAQ has implications for the distribution of food in the household, the division of labor, and the delivery of services to women. Women's nutritional status is threatened by repeated, closely-spaced pregnancies, inadequate energy intake, micronutrient deficiencies, infections, parasites, and heavy physical labor. Health services and agricultural extension services, secondary schools, women's groups, and other outreach networks provide opportunities to promote better infant feeding and maternal dietary practices and to offer preventive care and counseling. Health care providers can help improve maternal nutrition by counseling women about breastfeeding, increased food intake, dietary diversification, workload reduction, and family planning (including delaying the first birth, birth spacing, and options for limiting family size). They can also assess a woman's need for antimalarials, hookworm medication, and micronutrient supplementation and provide appropriate treatment.

For undernourished populations and populations displaced by war and natural disasters, the use of breastmilk substitutes can be particularly dangerous. The best solution is to feed the mother, not the infant, and to give her whatever support she needs for breastfeeding. Providing additional foods and fluids to the mother helps both mother and child.

The time for intervention should not be limited to periods of pregnancy and lactation. Adequate nutrition is a cumulative process. In fact, birth outcome is strongly influenced by the mother's nutritional status even before she becomes pregnant. The recuperative interval between lactation and the next pregnancy also offers an opportunity to replenish the mother's reserves by offering extra food.

The recommendations in the box on page 5 are suggested to improve the nutrition of adolescent girls and women of reproductive age. These recommendations, coupled with optimal breastfeeding and complementary feeding practices, will contribute to good health and nutrition throughout the life cycle.

Recommended Practices to Improve the Nutrition of Adolescent Girls (10-19 Years) and Women of Reproductive Age

Recommended at all times

- Increase food intake, if underweight, to protect adolescent girls' and women's health and establish reserves for pregnancy and lactation.
- Diversify the diet to improve the quality and micronutrient intake.
  - Increase daily consumption of fruits and vegetables.
  - Consume animal products, if feasible.
  - Use fortified foods, such as vitamin A-enriched sugar and other products and iron-enriched and vitamin-enriched flour or other staples, when available.
- Use iodized salt.
- If micronutrient requirements cannot be met through available food sources, supplements containing folic acid, iron, vitamin A, zinc, calcium, and other nutrients may be needed to build stores and improve women's nutritional status.

Recommended during periods of special needs

At certain times, girls and women have heightened nutritional requirements. During these times, they should follow the above recommendations *plus* those listed below.

During adolescence and before pregnancy

- Increase food intake to accommodate the adolescent "growth spurt" and to establish energy reserves for pregnancy and lactation.
- Delay the first pregnancy to help ensure full growth and nutrient stores.

During pregnancy

- Increase food intake to permit adequate weight gain to support fetal growth and future lactation.
- Take iron/folic acid tablets daily.

During lactation

- Eat the equivalent of an additional, nutritionally-balanced meal per day.
- In areas where vitamin A deficiency is common, take a high-dose vitamin A capsule (200,000 IU) as soon after delivery as possible, but no later than 8 weeks postpartum to build stores, improve the vitamin A content of breastmilk, and reduce infant and maternal morbidity.
- Use the Lactational Amenorrhea Method (LAM) and other appropriate family planning methods to protect lactation, space births, and extend the recuperative period.

During the interval between stopping lactation and the next pregnancy

- Plan and ensure an adequate period (at least six months) between stopping lactation and the next pregnancy to allow for the necessary build-up of energy and micronutrient reserves.

Further Reading

Allen LH. Maternal micronutrient malnutrition: Effects on breast milk and infant nutrition, and priorities for intervention. *SCN News* 11:21-27, 1994.

Brown KH, Dewey KG. Relationships between maternal nutritional status and milk energy output of women in developing countries. In: *Mechanisms Regulating Lactation and Infant Nutrient Utilization* (Picciano MF and Lonnerdal B, eds.), pp. 77-95. Wiley-Liss: New York, 1992.

Dewey KG. Energy and protein requirements during lactation. *Annual Review of Nutrition* 17:19-36, 1997.

González-Cossío T, Habicht J-P, Rasmussen KM, Delgado HL. Impact of food supplementation during lactation on infant breast-milk intake and on the proportion of infants exclusively breast-fed. *Journal of Nutrition* 128:1692-1702, 1998.

Krasovec K, Labbok MH, Queenan JT. (eds). Breastfeeding and borderline malnutrition in women. *Journal of Tropical Pediatrics* 37 (suppl 1), 1991.

Institute of Medicine. *Nutrition during Lactation.* National Academy Press: Washington, DC, 1991.

Lawrence RA. *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession,* 4th edition. Mosby: St. Louis, 1994.

LINKAGES. *Recommended Feeding and Dietary Practices to Improve Infant and Maternal Nutrition,* Academy for Educational Development: Washington, DC, 1999.

Merchant K, Martorell R, Haas J. Maternal and fetal responses to the stresses of lactation concurrent with pregnancy and of short recuperative intervals. *American Journal of Clinical Nutrition* 52:280-288, 1990.

Morbacher N, Stock J. *The Breastfeeding Answer Book* (revised edition). Schaumburg, IL: La Leche League International, 1997.

Naing KM, Oo TT. Effect of dietary supplementation on lactation performance of undernourished Burmese mothers. *Food and Nutrition Bulletin* 9:59-61, 1987.

FAQ Sheet is a publication of LINKAGES: Breastfeeding, LAM and Related Complementary Feeding and Maternal Nutrition Program. LINKAGES is supported by G/PHN/HN, the United States Agency for International Development (USAID) under the terms of Grant No. HRN-A-00-97-00007-00 and is managed by the Academy for Educational Development. The opinions expressed herein are those of the authors and do not necessarily reflect the views of USAID.

LINKAGES ▫ Academy for Educational Development ▫ 1825 Connecticut Avenue, NW Washington, DC 20009
Phone (202) 884-8000 ▫ Fax (202) 884-8977 ▫ E-mail linkages@aed.org ▫ Website www.linkagesproject.org

PS

Fiche de questions posées fréquemment sur : l'allaitement maternel et la nutrition maternelle

FICHE 4 | Du Projet LINKAGES | JUIN 2000

Cette fiche fait partie d'une série de publications sur des questions posées fréquemment concernant des thèmes dont traite le Projet LINKAGES. Le présent numéro se penche sur l'impact que comporte la nutrition maternelle sur la quantité et la qualité du lait maternel, les besoins nutritionnels de la femme qui allaite, l'impact de l'allaitement maternel sur la santé de la mère et les implications de cette information pour les programmes.

Effet de l'allaitement maternel sur la nutrition de la mère

Est-ce que l'allaitement maternel affecte l'état nutritionnel de la mère ?

Cela est possible, en fonction du régime alimentaire de la mère. L'énergie, les protéines et autres nutriments que l'on trouve dans le lait maternel proviennent de ce que mange la mère ou sont tirées des réserves de cette dernière. Quand les femmes ne reçoivent pas assez d'énergie et de nutriments à partir de leur régime alimentaire, des grossesses répétées et trop rapprochées risquent d'épuiser leurs réserves d'énergie et de nutriments, c'est ce qu'on appelle l'épuisement des réserves maternelles. Mais il existe des phénomènes d'adaptation qui aident une mère à se protéger de ces effets. Un de ces phénomènes d'adaptation est l'appétit. Pendant la grossesse et surtout pendant l'allaitement, une femme a généralement meilleur appétit et, par conséquent, elle mange plus pour satisfaire aux demandes accrues liées à la grossesse et à l'allaitement. Il est donc important que cette nourriture supplémentaire soit disponible pour la mère.

Les membres de la communauté et de la famille doivent être informés de l'importance de cette alimentation supplémentaire. Ils doivent savoir combien il est important d'offrir cette nourriture aux femmes avant qu'elles ne soient enceintes, pendant la grossesse et l'allaitement et lors de l'intervalle de récupération quand la mère n'est pas enceinte et qu'elle n'allaite pas. Rendre cette nourriture disponible pour la mère devient encore plus important dans des sociétés avec des restrictions culturelles entourant le régime alimentaire de la mère. Tout effort fait pour augmenter la quantité et la qualité de la

Points saillants

1. A moins de souffrir d'une extrême malnutrition, pratiquement toutes les mères peuvent produire des quantités adéquates de lait maternel. Quand la mère allaitante est sous-alimentée, il est plus sûr, plus facile et moins cher de lui donner plus de nourriture à elle que d'exposer le nourrisson aux risques liés à une alimentation basée sur des produits de remplacement du lait maternel.
2. Les carences maternelles de certains nutriments peuvent affecter la qualité du lait maternel. Ces carences devraient être évitées en améliorant le régime alimentaire ou en donnant des suppléments à la mère.
3. L'allaitement entraîne des demandes élevées qui puisent dans les réserves d'énergie et de protéine de la mère. Il faut constituer ces réserves, les conserver et les ré-alimenter.
4. Le retardement de la première naissance et un bon espacement entre les grossesses aident à vérifier que les réserves maternelles suffisent pour une grossesse saine et un allaitement efficace.
5. L'allaitement maternel comporte bien des bénéfices pour la mère et son bébé.

PN ACG 031

LINKAGES ▫ Académie pour le Développement de l'Education ▫ 1825 Connecticut Avenue, NW, Washington, DC 20009
Phone (202) 884-8000 ▫ Fax (202) 884-8977
Courrier electronique linkages@aed.org ▫ Site Web www.linkagesproject.org

nourriture pour les adolescentes, les femmes enceintes et allaitantes est probablement le meilleur moyen pour améliorer leur santé et celle de leur nourrisson.

Quelle est la quantité de nourriture supplémentaire dont a besoin une mère qui allaite ?

Pour soutenir l'allaitement et maintenir les réserves maternelles, la plupart des mères dans des pays en développement ont besoin de manger environ 650 kilo-calories supplémentaires (l'équivalent d'un repas en plus) chaque jour. Des mères bien nourries qui prennent suffisamment de poids pendant la grossesse ont besoin de moins car elles utilisent les réserves de graisse du corps et d'autres réserves accumulées pendant la grossesse. Une mère qui allaite doit également boire plus et il est donc très important qu'elle se désaltère suffisamment.

La mère qui allaite doit-elle manger certains aliments ou au contraire éviter certains ?

Non. Il n'existe pas d'aliments particuliers que la mère devrait manger ou éviter même si souvent on pense que tel est le cas. En effet, les conseils ou interdictions en la matière (mange cela, évite cela) peuvent nuire car cela empêche la mère de choisir un régime équilibré ou alors cela la décourage d'allaiter. Une alimentation diversifiée est le meilleur conseil que l'on puisse donner en la matière.

Est-ce qu'une mère malnourrie produit suffisamment de lait pour bien allaiter son enfant ?

Oui. Exception faite des cas les plus extrêmes, les mères malnourries peuvent suivre les mêmes recommandations concernant l'allaitement que les mères bien nourries. Ce sont les recommandations suivantes : allaitement maternel exclusif [1]pendant environ 6 mois suivant d'un allaitement sur demande et de l'introduction d'aliments complémentaires.

L'on pense souvent à tort que la malnutrition diminue grandement la quantité de lait qu'une mère produit. Même s'il est possible que la malnutrition affecte la qualité du lait, les études montrent que la quantité de lait maternel dépend essentiellement de la fréquence et de l'efficacité avec laquelle le bébé tète le sein. Si une mère produit temporairement moins de lait que la quantité dont on a besoin l'enfant, celui-ci en réponse tète plus vigoureusement, plus souvent ou plus longtemps chaque fois que la mère lui donne le sein. Ces tétées stimulent une plus grande production de lait. Quand la mère qui allaite est malnourrie, il est plus sûr, plus facile et moins cher de lui donner *à elle* plus de nourriture que d'exposer un bébé de moins de six mois aux risques[2] liés à une alimentation basée sur des produits de remplacement du lait maternel ou autres aliments.

Est-ce que la production de lait maternel augmente si la mère mange davantage ?

Certains faits semblent indiquer que tel est effectivement le cas. Deux essais aléatoires réalisés à Burma et au Guatemala tentent de répondre à cette question. Dans le cadre des deux études, la supplémentation alimentaire de mères allaitantes malnourries a permis d'augmenter légèrement les apports de lait pour l'enfant. Dans le cadre d'une autre étude en Indonésie, la supplémentation maternelle *pendant la grossesse* a amélioré les taux de croissance du nourrisson, probablement par le biais d'une production accrue de lait maternel. Par conséquent, même si la malnutrition maternelle n'est pas jugée être une contrainte de taille pour l'allaitement chez la plupart des mères, le fait de donner une nourriture supplémentaire à des mères malnourries pendant la grossesse et l'allaitement pourrait accroître la production de lait et améliorera nul doute l'état nutritionnel des mères leur donnant ainsi l'énergie supplémentaire dont elles ont

---

[1]Allaitement exclusif veut dire que le nourrisson ne reçoit pas d'autres aliments ou liquides, pas même de l'eau.
[2] Ces produits de remplacement sont moins nutritifs que le lait maternel, ils n'ont pas comme le lait maternel des antibiotiques pour lutter contre les infections et souvent ils comportent des contaminants.

besoin pour bien prendre soin d'elles-mêmes et de leur famille.

Est-ce que les mères qui allaitent devraient prendre des vitamines et des minéraux supplémentaires ?

Cela dépend du régime alimentaire de la mère. Le lait maternel est riche en vitamines et en minéraux nécessaires pour protéger la santé du nourrisson et lui donner les meilleures chances de bien se développer et d'avoir une bonne croissance. Si la mère ne se nourrit pas correctement, les niveaux de micronutriments dans le lait maternel peuvent diminuer ou la santé de la mère risque d'être fragilisée. Il est donc important que la mère dispose d'un apport suffisant en micronutriments. Un régime alimentaire diversifié avec des produits animaux et des aliments fortifiés donne à la mère une quantité suffisante de micronutriments pour elle-même et le nourrisson qu'elle allaite. Si une nourriture diversifiée n'est pas disponible, il est bon de prendre des suppléments de micronutriments.

Par exemple, dans des régions où l'avitaminose est chose courante, l'on recommande souvent que toutes les mères prennent une seule dose élevée de 200 000 unités internationales[3] (UI) de vitamine A aussi vite que possible après l'accouchement. Les études ont montré qu'un tel supplément améliore les niveaux de vitamine A chez la mère, dans le lait maternel et chez le nourrisson. Des doses élevées de vitamine A ne sont pas recommandées chez les femmes pendant la grossesse ou après huit semaines suivant l'accouchement (ou maximum de six semaines si la mère n'allaite pas) car trop de vitamine A peut provoquer des malformations du fœtus en train de se développer. Bien que des doses élevées pendant la grossesse peuvent être dangereuses, des suppléments quotidiens (<8 000 UI) ou hebdomadaires (<25 000 UI) de vitamine A *à faible dose* pendant la grossesse peuvent diminuer la cécité nocturne et le risque de décès chez la mère.

Les niveaux de thiamine, de riboflavine, de vitamine B-6, de vitamine B-12, d'iode et de sélénium dans le lait maternel sont également affectés par les quantités de ces éléments que l'on trouve dans la nourriture. Dans les régions où les carences de ces micronutriments sont courantes, il est bon d'améliorer les apports de ces éléments chez la mère en améliorant le régime alimentaire ou en donnant des suppléments car cela permet essentiellement d'améliorer la qualité du lait maternel et la nutrition de l'enfant.

D'autres micronutriments (tels que le folate, le calcium, le fer, le cuivre et le zinc) restent à des niveaux relativement élevés dans le lait maternel même si les réserves de la mère sont faibles. Cela signifie que l'allaitement épuise les propres réserves de la mère et que c'est surtout cette dernière qui bénéficiera si elle mange plus d'aliments riches en ce qui concerne ces micronutriments. Ce sont surtout les suppléments de calcium et de fer qui sont nécessaires pour protéger les réserves maternelles.

Effet de l'allaitement maternel sur la santé de la mère

L'allaitement maternel peut-il être bénéfique pour la santé de la mère ?

Oui. L'allaitement maternel comporte maints effets bénéfiques pour la santé de la mère dont l'un des plus importants concerne l'*infécondité due à la lactation.* C'est la période après la naissance pendant laquelle la mère ne tombe pas enceinte car elle est protégée par les effets hormonaux de l'allaitement maternel. Certaines études montrent que cet effet est plus efficace quand l'enfant tète fréquemment et qu'il reçoit un allaitement maternel exclusif. Le fait de rallonger l'intervalle entre les naissances comporte des avantages pour la mère et l'enfant. Un nombre moindre de grossesses diminue le risque d'épuisement de la mère et décès de cette dernière. Un effet

[3] Cette recommandation est en train d'être revue et pourrait être augmentée suivant les résultats des recherches en cours.
[4] MAMA est défini en fonction de trois critères : 1) les règles ne sont pas encore revenues chez la femme, ET 2) le bébé reçoit un allaitement complet ou presque complet ET 3) le bébé a moins de 6 mois.

connexe concerne *l'aménorrhée due à l'allaitement maternel*, c'est-à-dire la période après la naissance pendant laquelle la mère n'a pas encore eu son retour de couches (pas de menstruation) suite aux mêmes effets hormonaux de l'allaitement maternel. C'est la base de la méthode de contraception appelée MAMA, Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée[4]. L'aménorrhée due à l'allaitement diminue également les pertes mensuelles de sang, facteur aidant à prévenir l'anémie puisque cela maintient les réserves de sang de la mère. L'allaitement maternel comporte de nombreux autres avantages pour la mère. En effet, allaiter immédiatement après la naissance stimule la contraction de l'utérus et cela aide à diminuer les pertes de sang et le risque d'hémorragie qui est une grande cause de la mortalité maternelle. Les études ont également montré que l'allaitement maternel réduit le risque de cancer des ovaires et cancer du sein et aide à prévenir l'ostéoporose.

Implications et directives pour le programme

Que peuvent faire les programmes pour soutenir l'allaitement maternel et la nutrition maternelle ?

L'information présentée dans cette fiche de faits comporte certaines implications en ce qui concerne la distribution de la nourriture au sein d'une famille, la répartition du travail et la prestation de services pour les femmes. L'état nutritionnel des femmes est menacé par des grossesses fréquentes et rapprochées, un apport insuffisant d'énergie, des carences en micronutriments, des infections, des parasites et un dur labeur physique. Les services de santé et de vulgarisation agricole, les écoles secondaires, les groupements féminins et autres réseaux communautaires présente de bonnes occasions d'encourager une meilleure alimentation de l'enfant et de meilleures pratiques alimentaires pour la mère. En effet, par le biais de ces réseaux, des soins préventifs et des conseils peuvent être apportés. Les prestataires de soins de santé aident à améliorer la nutrition maternelle en donnant des conseils sur l'allaitement maternel, les apports alimentaires accrus dont a besoin une mère, la nourriture diversifiée, la réduction des charges de travail et la planification familiale (notamment retarder la première naissance, l'espacement des naissances et les possibilités de limitation de la taille de la famille). Ils peuvent également voir si les femmes ont besoin de médicaments, par exemple les antipaludéens et les vermifuges ou de suppléments de micronutriments et ils dispensent un traitement approprié.

Pour les groupes sous-alimentés et les populations déplacées suite aux guerres et aux catastrophes naturelles, l'utilisation des produits de remplacement du lait maternel peut s'avérer particulièrement dangereuse. La meilleure solution consiste à alimenter la mère et non pas l'enfant et de lui donner tout l'appui nécessaire pour qu'elle puisse allaiter son enfant. Des aliments et des liquides supplémentaires aident tant la mère que l'enfant.

Les moments d'intervention ne devraient pas se limiter aux périodes de grossesse et d'allaitement. Une nutrition adéquate relève d'un processus cumulatif. De fait, le dénouement au moment de la naissance est fortement influencé par l'état nutritionnel de la mère même avant qu'elle ne tombe enceinte. L'intervalle de récupération entre l'allaitement et la prochaine grossesse est également un moment propice pour reconstituer les réserves de la mère en lui fournissant de la nourriture supplémentaire.

Les recommandations dans l'encadré de la page 5 sont proposées aux fins d'améliorer la nutrition des adolescentes et des femmes en âge de procréer. Ces recommandations conjuguées à des pratiques d'allaitement optimal et d'alimentation complémentaire aideront à rester en bonne santé et à garder un bon état nutritionnel tout au long du cycle de la vie.

Pratiques recommandées pour améliorer la nutrition des adolescentes (10–19 ans) et des femmes en âge de procréer

Pratiques recommandées constamment

- Accroître les apports alimentaires, en cas de poids insuffisant, pour protéger la santé des adolescentes et des femmes et constituer des réserves pour la grossesse et l'allaitement.
- Diversifier le régime alimentaire pour améliorer la qualité et l'apport en micronutriments.
  - Augmenter la consommation quotidienne de fruits et légumes.
  - Consommer des produits animaux si c'est possible.
  - Utiliser des aliments fortifiés tels que le sucre et autres produits enrichis avec de la vitamine A et de la farine ou autres produits de base riches en fer et en vitamine.
- Utiliser du sel iodé.
- Si les besoins en micronutriments ne sont pas satisfaits à partir de sources alimentaires, il faudra prendre des suppléments contenant de l'acide folique, du fer, de la vitamine A, du zinc, du calcium et d'autres nutriments pour constituer des réserves et améliorer l'état nutritionnel des femmes.

Pratiques recommandées pendant des périodes de besoins spéciaux

A certaines époques, les filles et les femmes ont des besoins nutritionnels plus importants. Pendant ces époques, elles devraient suivre les recommandations données ci-dessus en plus de celles mentionnées ci-après.

Pendant l'adolescence et avant la grossesse

- Accroître les apports alimentaires pour soutenir la poussée de croissance et se constituer des réserves d'énergie pour la grossesse et l'allaitement.
- Remettre à plus tard la première grossesse afin d'arriver à une croissance complète et de disposer de réserves suffisantes.

Pendant la grossesse

- Accroître les apports alimentaires afin d'arriver à un gain de poids suffisant pour soutenir la croissance fœtale et l'allaitement futur.
- Prendre tous les jours des cachets de fer et d'acide folique.

Pendant l'allaitement

- Manger l'équivalent d'un repas supplémentaire bien équilibré tous les jours.
- Dans les régions où il existe une carence en vitamine A, prendre une gélule de vitamine A à dose élevée (200 000 UI) aussi vite que possible après l'accouchement mais dans les huit semaines maximum du post-partum pour se faire des réserves, améliorer le contenu en vitamine A dans le lait maternel et diminuer la morbidité infantile et maternelle.
- Utiliser la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) et d'autres méthodes adéquates de planification familiale pour protéger l'allaitement, espacer les naissances et rallonger la période de récupération.

Pendant l'intervalle entre la cessation de l'allaitement et la prochaine grossesse

- Prévoir une période suffisante (au moins 6 mois) entre le moment où l'on arrête l'allaitement et la prochaine grossesse pour pouvoir reconstituer les réserves nécessaires d'énergie et de micronutriments.

Lectures supplémentaires

Allen LH. Maternal micronutrient malnutrition : Effects on breast milk and infant nutrition, and priorities for intervention. SCN News 11:21-27, 1994.

Brown KH, Dewey KG. Relationships between maternal nutritional status and milk energy output of women in developping countries in : *Mechanisms Regulating Lactation and Infant Nutrient Utilization* (Picciano MF et Lonnerdal B, eds) pp.77-95. Wiley-Liss : New York, 1992.

Dewey KG.Energy and protein requirements during lactation. *Annual Review of Nutrition* 17:19-36, 1997.

González-Cossio T, Habicht J-P, Rasmussen KM, Delgado HL. Impact of food supplementation during lactation in infant breast-milk intake and on the proportion of infants exclusively breastfed. *Journal of Nutrition* 128:1692-1702, 1998.

Krasovec K, Labbock MH, Queenan JT (eds). Breast-feeding and borderline malnutrition in women. *Journal in Tropical Pediatrics* 37 (suppl 1), 1991.

Institute of Medicine. *Nutrition during Lactation.* National Academy Press : Washington, DC, 1991.

Lawrence RA. *Breastfeeding : A Guide for the Medical Profession,* 4e édition. Mosby : St.Louis, 1994.

Merchant K, Martorell R, Haas J. Maternal and fetal responses to the stresses of lactation concurrent with pregnancy and of short recuperative intervals. *American Journal of Clinical Nutrition* 52:280-288, 1990.

Morbacher N, Stock J. *The Breastfeeding Ansver Book* (version revue). Schaumburg, IL : La Leche League International, 1997.

Naing KM, Oo TT : Effect of dietary supplementation on lactation performance of undernourished Burmese mothers. *Food and Nutrition Bulletin* 9:59-61, 1987.

La Fiche de questions posées fréquemment est une publication de LINKAGES : Programme d'Allaitement maternel, MAMA, Alimentation complémentaire et Nutrition maternelle. LINKAGES est soutenu par G/PHN/HM, de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID) aux termes du Don No. HRN-A-00-97-00007-00 et géré par l'Académie pour le Développement de l'Education. Les opinions exprimées ici incombent aux auteurs et ne reflètent pas forcément les vues de l'USAID.

LINKAGES □ Académie pour le Développement de l'Education □ 1825 Connecticut Avenue, NW, Washington, DC 20009
Phone (202) 884-8000 □ Fax (202) 884-8977
Courrier electronique linkages@aed.org □ Site Web www.linkagesproject.org

Hoja de preguntas
Preguntas más Frecuentes sobre Lactancia y Nutrición Materna

HOJA No. 4 **Del Proyecto LINKAGES** **JUNIO 2000**

Hoja de Preguntas Frecuentes es una serie de publicaciones sobre las preguntas formuladas con más frecuencia respecto a los temas abordados por el proyecto LINKAGES. Este ejemplar se concentra en el efecto que la nutrición de la madre tiene en la cantidad y calidad de la leche producida, así como en las necesidades nutricionales de las mujeres que amamantan, el efecto de la lactancia en la salud materna, y las implicaciones de esta información para los programas.

El efecto de la lactancia en el estado nutricional de la madre

P *¿Afecta la lactancia el estado nutricional de la madre?*

Puede que sí, dependiendo de la dieta de ésta. La energía, proteínas y otros nutrientes contenidos en la leche materna dependen de la alimentación de la madre y las reservas que tenga acumuladas en su organismo. Cuando las mujeres no ingieren suficientes calorías y nutrientes, y cuando tienen varios embarazos poco espaciados entre uno y otro, la lactancia puede reducir sus reservas calóricas y nutritivas, proceso que se conoce por el nombre de "desgaste materno." Pero también existen adaptaciones fisiológicas que protegen a la madre. La más importante es el apetito; en el embarazo y especialmente durante la lactancia la mujer tiene generalmente mayor apetito, y el incremento alimenticio resultante contribuye a satisfacer las demandas adicionales que suponen ambos procesos, por lo que es necesario proporcionarle más alimentos.

Los miembros de la comunidad y del hogar deben ser informados de la importancia de que la mujer reciba más alimentos antes de quedar embarazada, durante dicho proceso, en el período de lactancia y en el intervalo de recuperación en que no está embarazada ni lactando. Dicha alimentación adicional es especialmente importante en sociedades donde la dieta de la mujer se ve restringida por razones culturales. La forma más eficaz de mejorar la salud materna y de los lactantes es proporcionando mayores alimentos a las adolescentes, las mujeres embarazadas y a las que están amamantando.

Resumen de los puntos principales:

1. A no ser que la mujer se encuentre en estado extremo de malnutrición, básicamente todas las madres pueden producir suficiente cantidad de leche. Cuando la madre que amamanta se encuentra desnutrida, es más prudente, más fácil y menos caro proporcionarle más alimentos que exponer al lactante a los riesgos relacionados con el uso de sucedáneos de la leche materna.
2. Las deficiencias de ciertos micronutrientes en la dieta de la madre pueden afectar la calidad de la leche que produce, lo que debe evitarse mejorando su alimentación o dándole suplementos alimenticios.
3. La lactancia pone grandes demandas en las reservas energéticas y proteínicas de la madre, por lo que hay que determinar el nivel de dichas reservas, así como conservarlas y reponerlas.
4. Posponer el primer embarazo y dejar suficiente espacio entre un hijo y otro, contribuye a asegurar que las reservas de la madre sean suficientes para un embarazo y lactancia sanos.
5. La lactancia contribuye a la salud tanto del niño como de la madre.

LINKAGES ▫ Academy for Educational Development ▫ 1825 Connecticut Avenue, NW Washington, DC 20009
Phone (202) 884-8700 ▫ Fax (202) 884-8977 ▫ E-mail linkages@aed.org ▫ Website www.linkagesproject.org

PS 031408

P ¿Cuánta alimentación adicional necesita una madre mientras amamanta?

Para apoyar la lactancia y mantener las reservas fisiológicas de la madre, la mayoría de las mujeres en los países en desarrollo necesitan consumir aproximadamente 650 kilocalorías adicionales (lo que equivale a una comida extra) cada día. Las mujeres bien nutridas que ganen suficiente peso durante el embarazo necesitan menos porque pueden utilizar la grasa y otras reservas acumuladas en su organismo durante el embarazo. La lactancia también aumenta la necesidad que la madre tiene de beber agua, y es importante que beba lo suficiente para calmar su sed.

P ¿Debe la madre ingerir o evita algún alimento específico mientras amamanta?

No, a pesar de lo que mucha gente cree, no hay ningún alimento específico que la madre deba ingerir o evitar mientras amamanta. El imponer reglas de alimentación (comer esto y evitar lo otro) puede causar daño, por reducir la capacidad de la madre de elegir una dieta equilibrada, o porque puede desalentarla de seguir amamantando. El mejor consejo es que consuma una variedad de alimentos.

Efectos de la nutrición materna en la lactancia

P ¿Puede una madre malnutrida producir suficiente leche para amamantar debidamente?

Sí. Con excepción de los casos más extremos, las madres malnutridas pueden seguir las mismas recomendaciones que el resto de las mujeres en lo que respecta a la lactancia materna. Entre dichas recomendaciones se encuentran amamantar de forma exclusiva al bebé[1] a demanda durante aproximadamente seis meses, y a partir de entonces introducir alimentos complementarios en la dieta de éste.

Existe el error común de pensar que la malnutrición reduce en gran manera la cantidad de leche que produce la madre. Si bien es cierto que puede afectar la calidad de la leche, los estudios realizados demuestran que la cantidad de leche producida depende principalmente de la frecuencia con que el bebé succiona el pecho. Si una madre produce de forma temporal menos leche de la que necesita el bebé, este responde chupando con más fuerza y más frecuencia, o durante más tiempo cada vez que se le amamanta, lo que estimula la producción láctea. Cuando la madre que amamanta está desnutrida, es más prudente, más fácil y menos caro *darle* más alimentos a ella que exponer al lactante de menos de seis meses al riesgo que supone darle sucedáneos de la leche materna[2] u otros alimentos.

P ¿Puede incrementase la producción de leche materna alimentando más a la madre?

Existen indicios de que sí. Se han realizado por el momento dos pruebas aleatorias (en Birmania y Guatemala) para contestar a esta pregunta. En ambos estudios la administración de alimentos adicionales a las mujeres malnutridas que estaban amamantando dio lugar a un pequeño incremento en la ingestión de leche por el lactante. En otro estudio en Indonesia, dicha alimentación adicional *durante el embarazo* elevó el ritmo de crecimiento del lactante, probablemente debido a un incremento en la producción de leche materna. Por todo ello, si bien la malnutrición de la madre no se considera un importante impedimento para la lactancia materna en la mayoría de los casos, la administración de alimentos adicionales a la mujer

---

[1] *Lo que significa no administrar al bebé ningún otro alimento ni líquidos, ni siquiera agua.*

[2] *Dichos sucedáneos son menos nutritivos que la leche materna, no proporcionan anticuerpos al bebé para combatir las infecciones, y frecuentemente están contaminados.*

durante el embarazo y la lactancia puede contribuir a elevar su producción de leche y de seguro mejorará su estado nutricional y le dará más energía para cuidar de sí y de su familia.

P ¿Deben las madres tomar más vitaminas y minerales mientras amamantan?

Depende de su dieta. La leche materna tiene las vitaminas y minerales necesarias para proteger la salud del niño y promover su crecimiento y desarrollo. Si la dieta de la madre es deficiente, puede que se reduzcan los niveles de micronutrientes en su leche o que la propia salud de la madre se vea afectada, por lo que es importante que ésta tome suficientes micronutrientes. Una dieta variada que contenga productos de origen animal y alimentos enriquecidos contribuirá a asegurar que la madre consuma suficiente micronutrientes para sí y el lactante. Si no se dispone de una dieta variada puede que sea aconsejable que la madre tome suplementos de micronutrientes.

Por ejemplo en lugares en donde la deficiencia de vitamina A es común, se recomienda en la actualidad que todas las madres tomen un suplemento de vitamina A, en forma de una única dosis de alto contenido (200,000 unidades internacionales, o UI)[3] lo más pronto posible después del parto. Existen estudios que demuestran que dicho suplemento eleva el nivel de vitamina A de la madre, así como de la leche materna y del lactante. No se recomienda que la mujer tome dosis altas de vitamina A durante el embarazo o pasadas ocho semanas después del parto (o seis, si la madre no amamanta). Un exceso de vitamina A puede dañar al feto. Si bien las dosis altas puedem ser peligrosas durante el embarazo, la administración de *dosis bajas* de suplementos diarios (menos de 8,000 UI), o semanales (menos de 25,000) durante el embarazo pueden reducir el riesgo de ceguera nocturna y muerte de la madre.

Los niveles de tiamina, riboflavina, vitamina B-6 y B-12, yodo y selenio en la leche materna también dependen de las cantidades presentes en los alimentos ingeridos por la madre. En lugares donde las deficiencias en dichos micronutrientes son comunes, la mejor forma de mejorar la calidad de la leche materna y nutrición del lactante es mejorando la dieta de la madre o dándole suplementos alimentarios.

Otros micronutrientes (como folato, calcio, hierro, cobre y zinc) se mantienen a niveles relativamente altos incluso si las reservas de la madre son bajas. Esto significa que las reservas de la madre pueden ir agotándose y que es la mujer principalmente la que se beneficia de la ingesta de más alimentos ricos estos últimos nutrientes. La ingesta adicional de calcio y hierro en concreto es frecuentemente necesaria para proteger las reservas de la madre.

Efectos del amamtamiento en la salud materna

P ¿Contribuye el amamantamiento a la salud materna?

Sí. El amamantar tiene muchos efectos positivos para la salud materna. Uno de los más importantes es la *infertilidad temporal*. Ello tiene lugar en el período de tiempo después del parto en que la madre no queda embarazada debido al efecto hormonal que la lactancia tiene en su propio cuerpo. Existen estudios que muestran que dicho efecto es mayor cuando el bebé succiona más frecuentemente y no ingiere otra cosa que la leche de la madre. El dejar más espacio entre un hijo y otro es positivo para la mujer y los niños. Al tener menos embarazos se reduce el riesgo de desgaste nutricional y muerte materna. Una consecuencia del efecto hormonal de la lactancia es la *amenorrea*, es decir el período de tiempo después del parto en que la madre no tiene

[3] *Esta recomendación está actualmente siendo revisada y puede que se aumente la cantidad, dependiendo de los resultados de la investigación que se lleva a cabo.*

menstruación, lo que es básicamente la esencia anticonceptiva del método de lactancia y amenorrea.[4] La amenorrea también reduce la cantidad de sangre que la madre pierde al menstruar, lo que la protege contra la anemia por conservar sus reservas de hierro.

También existen muchos otros beneficios para la madre que amamanta. La lactancia inmediatamente después del parto promueve la contracción del útero, lo que contribuye a reducir la pérdida de sangre y el riesgo de hemorragia —una de las causas más importantes de muertes maternas. Existen pruebas fiables de que la lactancia reduce el riesgo de cáncer del ovario y de mamas, y ayuda a prevenir la osteoporosis.

Implicaciones para lineamientos y programas

¿Qué pueden hacer los programas para apoyar la lactancia materna y la nutrición de la madre?

La información presentada en esta *Hoja de preguntas frequentes* tiene implicaciones en lo que respecta a la distribución de alimentos y la división del trabajo en el hogar, y la prestación de servicios a la mujer. El estado nutricional de la mujer se ve socavado si tiene muchos embarazos o deja poco espacio entre uno y otro, así como si no ingiere suficientes calorías, o si padece de deficiencias de micronutrientes, sufre infecciones, tiene parásitos, o hace trabajos físicos muy pesados. Los servicios de salud, extensión agrícola, escuelas secundarias, grupos de mujeres, y otras redes de apoyo proporcionan oportunidades para mejorar la alimentación del lactante y los hábitos de alimentación de la mujer, además de proporcionar atención preventiva y asesoría a la madre. Los proveedores de atención de la salud pueden contribuir a mejorar la nutrición materna aconsejando a la mujer sobre la lactancia, el consumo de alimentos adicionales, la variedad en la dieta, la reducción de la carga de trabajo y la planificación familiar (posponer el primer embarazo, incrementar/aumentar el espacio entre un hijo y otro y la posibilidad de reducir el tamaño de la familia). También pueden informar a la mujer sobre lo aconsejable de tomar medicamentos antimaláricos, medicinas contra la uncinaria y suplementos de micronutrientes, así como proporcionarle tratamiento adecuado.

En el caso de poblaciones que sufren de desnutrición y las que se encuentran desplazadas por la guerra o desastres naturales, el uso de sucedáneos de la leche matera puede ser especialmente peligroso. La mejor solución es alimentar a la madre en vez de al lactante, y darle a ella todo el apoyo que necesite para amamantar. Al proporcionar alimentación y líquidos adicionales a la madre se ayuda a ambos, ella y el bebé.

El momento de la intervención no debe limitarse a los períodos de embarazo y lactancia. La nutrición es un proceso acumulativo. De hecho, el resultado del parto está estrechamente ligado a la nutrición de la madre incluso antes de quedar embarazada. El intervalo de recuperación entre la lactancia y el próximo parto también constituye una oportunidad para reabastecer las reservas fisiológicas de la madre con alimentos adicionales.

Se sugieren las recomendaciones que aparecen en el recuadro de la página 5 para mejorar la nutrición tanto de las adolescentes, como de las mujeres en edad fertil. Dichas recomendaciones, junto con las practicas óptimas de lactancia y la administración de alimentos complementarios al lactante, contribuirán a su salud y buena nutrición durante toda la vida.

---

[4] *Dicho método se basa en los siguientes requisitos indispensables: 1) que la mujer no haya vuelto a menstruar, Y TAMBIÉN 2) que el bebé tome únicamente la leche materna, Y 3) que sea menor de seis meses.*

Prácticas que se recomiendan para mejorar la nutrición de las adolescentes (de 10 a 19 años) y de las mujeres en edad fertil

Recomendaciones en todo momento

- Se recomienda elevar la ingesta de alimentos de las adolescentes y mujeres con peso bajo, para proteger su salud y mejorar sus reservas para el embarazo y la lactancia.
- Diversificar la dieta, para mejorar la calidad de la misma y aumentar la ingesta de micronutrientes.
  - Aumentar el consumo diario de frutas y verduras.
  - Consumir productos animales, si es posible.
  - Usar alimentos enriquecidos — como el azúcar y otros productos enriquecidos con vitamina A, y la harina y otros alimentos básicos enriquecidos con hierro y vitaminas— si disponibles.
- Usar sal yodada.
- Si las necesidades de micronutrietes no pueden ser satisfechas mediante las fuentes de alimentos disponibles, puede que se necesiten suplementos de ácido fólico, hierro, vitamina A, zinc, calcio y otros nutrientes para elevar las reservas fisiológicas de la mujer y mejorar su estado nutricional.

Recomendaciones en períodos de especial necesidad

En ciertos momentos las mujeres y las niñas tienen mayor necesidad de estar bien nutridas, por lo que se recomienda lo siguiente *además* de lo anterior.

Durante la adolescencia y antes del embarazo

- Incrementar la ingesta de alimentos para prepararse para el "crecimiento rápido" de la adolescencia y establecer las reservas calóricas necesarias para el embarazo y la lactancia.
- Posponer el primer embarazo para asegurar que la niña haya completado su desarrollo y tenga suficientes reservas.

Durante el embarazo

- Aumentar la ingesta de alimentos para que la mujer gane suficiente peso para el desarrollo del feto y la lactancia después del parto.
- Tomar tabletas diarias de hierro y ácido fólico.

Durante la lactancia

- Ingerir el equivalente de una bien balanceada comida cada día.
- En lugares donde sea común la deficiencia de vitamina A, tomar una cápsula de alta dosis (200,000 unidades internacionales) lo más rápidamente posible después del parto, pero antes de 8 semanas después del parto, para elevar las reservas fisiológicas de la mujer, mejorar el contenido de vitamina A de la leche materna y reducir la morbilidad del lactante y la madre.
- Usar el método lactancia y amenorrea y otros métodos adecuados de planificación familiar, para proteger el período de lactancia, espaciar los nacimientos y extender el período de recuperación de la madre.

Durante el intervalo entre la conclusión de la lactancia y el siguiente embarazo

- Asegurarse de que exista un período adecuado (por lo menos de 6 meses) entre la conclusión de la lactancia y el siguiente embarazo, para recuperar las reservas energéticas y de micronutrientes necesarias.

Lecturas adicionales

Allen LH. Maternal micronutrient malnutrition: Effects on breast milk and infant nutrition, and priorities for intervention. *SCN News* 11:21-27, 1994.

Brown KH, Dewey KG. Relationships between maternal nutritional status and milk energy output of women in developing countries. In: *Mechanisms Regulating Lactation and Infant Nutrient Utilization* (Picciano MF and Lonnerdal B, eds.), pp. 77-95. Wiley-Liss: New York, 1992.

Dewey KG. Energy and protein requirements during lactation. *Annual Review of Nutrition* 17:19-36, 1997.

González-Cossío T, Habicht J-P, Rasmussen KM, Delgado HL. Impact of food supplementation during lactation on infant breast-milk intake and on the proportion of infants exclusively breast-fed. *Journal of Nutrition* 128:1692-1702, 1998.

Krasovec K, Labbok MH, Queenan JT. (eds). Breastfeeding and borderline malnutrition in women. *Journal of Tropical Pediatrics* 37 (suppl 1), 1991.

Institute of Medicine. *Nutrition during Lactation.* National Academy Press: Washington, DC, 1991.

Lawrence RA. *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession,* 4th edition. Mosby: St. Louis, 1994.

LINKAGES. *Recommended Feeding and Dietary Practices to Improve Infant and Maternal Nutrition,* Academy for Educational Development: Washington, DC, 1999.

Merchant K, Martorell R, Haas J. Maternal and fetal responses to the stresses of lactation concurrent with pregnancy and of short recuperative intervals. *American Journal of Clinical Nutrition* 52:280-288, 1990.

Morbacher N, Stock J. *The Breastfeeding Answer Book* (revised edition). Schaumburg, IL: La Leche League International, 1997.

Naing KM, Oo TT. Effect of dietary supplementation on lactation performance of undernourished Burmese mothers. *Food and Nutrition Bulletin* 9:59-61, 1987.

La Hoja de Preguntas Frecuentes es una publicación de LINKAGES: Programa de Lactancia Materna, MELA, Alimentación Complementaria y Nutrición Materna. LINKAGES recibe apoyo de G/PHN/HN, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), bajo los términos de Subsidio No. HRN-A-00-97-00007-00 y es manejado por la Academia de Desarrollo Educativo. Las opiniones aquí expresadas son de los autores del documento y no reflejan necesariamente las de USAID.

PS

Exclusive Breastfeeding: The Only Water Source Young Infants Need

FAQ SHEET 5 **Frequently Asked Questions (FAQ)** **October 2002**

Healthy newborns enter the world well hydrated and remain so if breastfed exclusively, day and night, even in the hottest, driest climates. Nevertheless, the practice of giving infants water during the first six months—the recommended period for exclusive breastfeeding—persists in many parts of the world, with dire nutritional and health consequences. This FAQ discusses these consequences and the role of breastfeeding in meeting an infant's water requirements.

Q *Why is exclusive breastfeeding recommended for the first six months?*

International guidelines recommend exclusive breastfeeding for the first six months based on scientific evidence of the benefits for infant survival, growth, and development. Breastmilk provides all the energy and nutrients that an infant needs during the first six months. Exclusive breastfeeding reduces infant deaths caused by common childhood illnesses such as diarrhea and pneumonia, hastens recovery during illness, and helps space births.

Q *Is early supplementation with water a common practice? And if so, why?*

The practice of giving water and other liquids such as teas, sugar water, and juices to breastfed infants in the first months is widespread throughout the world, as illustrated in Figure 1. This practice often begins in the first month of life. Research conducted in the outskirts of Lima, Peru showed that 83 percent of infants received water and teas in the first month. Studies in several communities of the Gambia, the Philippines, Egypt, and Guatemala reported that over 60 percent of newborns were given sugar water and/or teas.

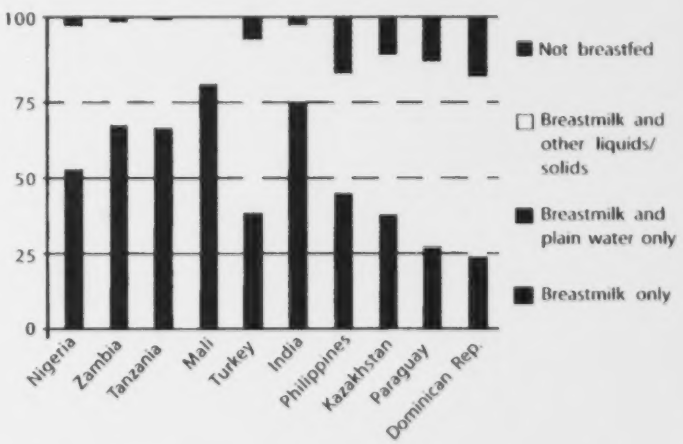
The reasons given for water supplementation of infants vary across cultures. Some of the most common reasons are:

- necessary for life
- quenches thirst
- relieves pain (from colic or earache)
- prevents and treats colds and constipation
- soothes fretfulness

Cultural and religious beliefs also influence water supplementation in early infancy. Proverbs passed down from generation to generation advise mothers to give babies water. Water may be viewed as the source of life—a spiritual and physiological necessity. Some cultures regard the act of offering water to the newborn as a way of welcoming the child into the world.

The advice of health care providers also influences the use of water in many communities and hospitals. For example, a study in a Ghanaian city found that 93 percent of midwives thought that water should be given to all infants beginning on the first day of life. In Egypt many nurses advised mothers to give sugar water after delivery.

Figure 1. Feeding Practices Among Young Infants



Source: Demographic and Health Surveys, 1990-1995.
Based on 24 hour recall for respondents' children under 4 months of age at time of survey

LINKAGES ■ Academy for Educational Development ■ 1825 Connecticut Avenue, NW, Washington, DC 20009
Phone (202) 884-8700 ■ Fax (202) 884-8977 ■ E-mail linkages@aed.org ■ Website www.linkagesproject.org

PS 031408

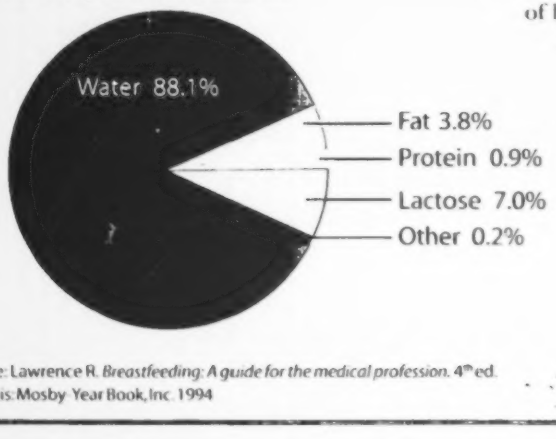
Q *How do breastfed babies get enough water?*

Depending on temperature, humidity, and the infant's weight and level of activity, the average daily fluid requirement for healthy infants ranges from 80–100 ml/kg in the first week of life to 140–160 ml/kg between 3–6 months. These amounts are available from breastmilk alone if breastfeeding is exclusive and unrestricted (on-demand day and night) for two reasons:

Breastmilk is 88 percent water. The water content of breastmilk consumed by an exclusively breastfed baby meets the water requirements for infants and provides a considerable margin of safety. Even though a newborn gets little water in the thick yellowish first milk (colostrum), no additional water is necessary because a baby is born with extra water. Milk with higher water content usually "comes in" by the third or fourth day. Figure 2 shows the principal components of breastmilk.

Breastmilk is low in solutes. One of the major functions of water is to flush out, through the urine, excess solutes. Dissolved substances (for example, sodium, potassium, nitrogen, and chloride) are referred to as solutes. The kidneys—though immature up to the age of approximately three months—are able to concentrate excess solutes in the urine to maintain a healthy, balanced body chemistry. Because breastmilk is low in solutes, the infant does not need as much water as an older child or adult.

Figure 2. Composition of Breastmilk



Source: Lawrence R. *Breastfeeding: A guide for the medical profession.* 4th ed. St. Louis: Mosby Year Book, Inc. 1994

Q *What about infants in hot, dry climates?*

Water in breastmilk exceeds the infant's water requirements in normal conditions and is adequate for breastfed infants in hot, dry climates. Studies indicate that healthy, exclusively breastfed infants in the first six months of life do not require additional fluids even in countries with extremely high temperatures and low humidity. Solute levels in the urine and blood of exclusively breastfed babies living in these conditions were within normal ranges, indicating adequate water intakes.

Q *Can giving water to an infant before six months be harmful?*

Offering water before the age of six months can pose significant health hazards.

Water supplementation increases the risk of malnutrition. Displacing breastmilk with a fluid of little or no nutritional value can have a negative impact on an infant's nutritional status, survival, growth, and development. Consumption of even small amounts of water or other liquids can fill an infant's stomach and reduce the baby's appetite for nutrient-rich breastmilk. Studies show that water supplementation before the age of six months can reduce breastmilk intake by up to 11 percent. Glucose water supplementation in the first week of life has been associated with greater weight loss and longer hospital stays.

Water supplementation increases the risk of illness. Water and feeding implements are vehicles for the introduction of pathogens. Infants are at greater risk of exposure to diarrhea-causing organisms, especially in environments with poor hygiene and sanitation. In the least developed countries, two in five people lack access to safe drinking water. Breastmilk ensures an infant's access to an adequate and readily available supply of clean water.

Research in the Philippines confirms the benefits of exclusive breastfeeding and the harmful effect of early supplementation with non-nutritive liquids on diarrheal disease. Depending on age, an infant was two to three times more likely to experience diarrhea if water, teas, and herbal preparations were fed in addition to breastmilk than if the infant was exclusively breastfed.

Q *Should water be given to breastfed infants who have diarrhea?*

In the case of mild diarrhea, increased frequency of breastfeeding is recommended. When an infant has moderate to severe diarrhea, caregivers should immediately seek the advice of health workers and continue to breastfeed, as recommended in the Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) guidelines. Infants that appear dehydrated may require Oral Rehydration Therapy (ORT), which should only be given upon advice of a health worker.[1]

[1] Oral Rehydration Solution (ORS), used in ORT, helps replace water and electrolytes lost during episodes of diarrhea. Super ORS, with a carbohydrate base of rice or cereal for better absorption, has been developed to improve treatment.

How can programs address the common practice of water supplementation?

To address the widespread practice of water supplementation in early infancy, program managers should understand the cultural reasons for this practice, analyze existing data, conduct household trials of improved practices, and develop effective communication strategies for targeted audiences.

Health care providers and community volunteers need to be informed that breastmilk meets the water requirements of an exclusively breastfed baby for the first six months. They may also require training on how to communicate messages and negotiate behavior change. Examples of messages developed in breastfeeding promotion programs that address local beliefs and attitudes about the water needs of infants are shown in the box.

Providing accurate information, tailoring messages to address the beliefs and concerns of different audiences, and negotiating with mothers to try out a new behavior can help establish exclusive breastfeeding as a new community norm.

Communicating the Message "Don't Give Water"

The following messages have been used in programs to convince mothers, their families, and health workers that exclusively breastfed infants do not need to be given water in the first six months. The most effective ways of communicating the messages depend on the audience and the practices, beliefs, concerns, and constraints to good practices in a particular setting.

Make clear the meaning of exclusive breastfeeding

- Exclusive breastfeeding means giving only breastmilk. This means no water, liquids, teas, herbal preparations, or foods through the first six months of life. (It is important to name the drinks and foods commonly given in the first six months. One program found that women did not think the advice "do not give water" applied to herbal teas or other fluids.)

Take ideas often associated with water and apply them to colostrum

- Colostrum is the welcoming food for newborns. It is also the first immunization, protecting a baby from illness.
- Colostrum cleans the newborn's stomach. Sugar water is not needed.

Explain why exclusively breastfed babies do not need water

- Breastmilk is 88 percent water.
- Every time a mother breastfeeds, she gives her baby water through her breastmilk.
- Breastmilk has everything a baby needs to quench thirst and satisfy hunger. It is the best possible food and drink that can be offered a baby so the baby will grow to be strong and healthy.

Point out the risks of giving water

- Giving water to babies can be harmful and cause diarrhea and illness. Breastmilk is clean and pure and protects against disease.
- An infant's stomach is small. When the baby drinks water, there is less room left for the nourishing breastmilk that is necessary for the infant to grow strong and healthy.

Link good breastfeeding practices to adequate fluid intake

- When a mother thinks her baby is thirsty, she should breastfeed immediately. This will give the baby all the water that is needed.

Q *What are the water needs of children after six months of age?*

Guidelines for water intake after six months are less clear than for the first half of infancy. At six months complementary foods—foods given in addition to breastmilk to meet an infant's increased nutrient requirements—should be introduced. The types of foods a child consumes will affect the child's water needs. For the most part, the water requirements of infants 6–11 months can be met through breastmilk. Additional water can be provided through fruits or fruit juices, vegetables, or small amounts of boiled water offered after a meal.

Caution should be taken to ensure that water and other liquids do not replace breastmilk. Water can also replace or dilute the nutrient content of energy-dense complementary foods. Gruels, soups, broths, and other watery foods given to infants usually fall below the recommended energy density for complementary foods (0.6 kcal/g). Reducing the amount of water added to these foods could improve the nutritional status of children in this age group.

Related LINKAGES Publications

- Facts for Feeding: Birth, Initiation of Breastfeeding, and the First Seven Days after Birth, 2002
- Facts for Feeding: Breastmilk - A Critical Source of Vitamin A for Infants and Young Children, 2000
- Facts for Feeding: Recommended Practices to Improve Infant Nutrition during the First Six Months, 2001
- Quantifying the Benefits of Breastfeeding: A Summary of the Evidence, 2002
- Recommended Feeding and Dietary Practices to Improve Infant and Maternal Nutrition, 1999

References

Almroth SG, Bidinger P. No need for water supplementation for exclusively breastfed infants under hot and arid conditions. *T Roy Soc Trop Med H* 1990; 84,602-4.

Armelini PA, Gonzalez CF. Breastfeeding and fluid intake in a hot climate. *Clin Pediatr* 1979; 18:424-5.

Brown K et al. Infant-feeding practices and their relationship with diarrheal and other diseases in Huascar (Lima), Peru. *Pediatrics* 1989 Jan;83(1):31-40.

Glover J, Sandilands M. Supplementation of breastfeeding infants and weight loss in hospital. *J Hum Lact* 1990 Dec;6(4):163-6.

Goldberg NM, Adams E. Supplementary water for breast-fed babies in a hot and dry climate – not really a necessity. *Arch Dis Child* 1983; 58:73-74.

Hosssain M et al. Prelacteal infant feeding practices in rural Egypt. *J Trop Pediatr* 1992 Dec; 38(6):317-22.

Popkin BM et al. Breast-feeding and diarrheal morbidity. *Pediatrics* 1990 Dec; 86(6):874-82.

Sachdev HPS et al. Water supplementation in exclusively breastfed infants during summer in the tropics. *Lancet* 1991 April; 337:929-33.

Victora C et al. Infant feeding and deaths due to diarrhea: A case-control study. *Am J Epidemiol* 1989 May;129(5):1032-41.

World Health Organization. Breastfeeding and the use of water and teas. Division of Child Health and Development Update, No. 9 (reissued, Nov. 1997).

Exclusive Breastfeeding: The Only Water Source Young Infants Need: Frequently Asked Questions is a publication of LINKAGES: Breastfeeding, LAM, Related Complementary Feeding, and Maternal Nutrition Program, and was made possible through support provided to the Academy for Educational Development (AED) by the GH/HIDN of the United States Agency for International Development (USAID), under the terms of Cooperative Agreement No. HRN-A-00-97-00007-00. The opinions expressed herein are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of USAID or AED.

LINKAGES ▫ Academy for Educational Development ▫ 1825 Connecticut Avenue, NW, Washington, DC 20009
Phone (202) 884-8000 ▫ Fax (202) 884-8977 ▫ E-mail linkages@aed.org ▫ Website www.linkagesproject.org

PS

LINKAGES

Allaitement maternel exclusif : la seule source d'eau dont les nourrissons ont besoin

FICHE 5 **Questions posées fréquemment** **octobre 2002**

Un nourrisson en bonne santé naît bien hydraté et le restera s'il est allaité exclusivement jour et nuit, même dans les climats les plus chauds et les plus secs. Et pourtant, la pratique qui consiste à donner aux nourrissons de l'eau pendant les six premiers mois—période recommandée pour l'allaitement maternel exclusif—persiste dans de nombreuses parties du monde, avec de terribles conséquences nutritionnelles et sanitaires. La présente fiche de questions posées fréquemment discute des conséquences et du rôle de l'allaitement maternel pour répondre aux besoins en eau du bébé.

Pourquoi l'allaitement maternel exclusif est-il recommandé pendant les six premiers mois ?

Les directives internationales recommandent un allaitement maternel pendant les six premiers mois en fonction de faits scientifiques prouvant les avantages pour la survie, la croissance et le développement du nourrisson. En effet, le lait maternel apporte toute l'énergie et tous les nutriments dont l'enfant a besoin pendant les six premiers mois. En outre, l'allaitement maternel exclusif diminue les décès des nourrissons imputables à des maladies infantiles courantes telles que la diarrhée et la pneumonie, permet à l'enfant de se rétablir plus rapidement de la maladie et aide à espacer les naissances.

Est-ce qu'une supplémentation précoce avec de l'eau est une pratique courante ? Et, dans l'affirmative, pourquoi ?

La pratique qui consiste à donner de l'eau et d'autres liquides, tels que des tisanes, de l'eau sucrée et des jus de fruits aux enfants allaités pendant les premiers mois est très répandue dans le monde entier, tel que le montre la Figure 1. Cette pratique commence souvent le premier mois de la vie. La recherche réalisée dans la banlieue de Lima, au Pérou, montre que 83% des nourrissons avaient reçu de l'eau et des tisanes pendant le premier mois. Les études faites dans plusieurs communautés de la Gambie, des Philippines, de l'Égypte et du Guatemala indiquent que plus de 60% des nourrissons avaient reçu de l'eau sucrée et/ou des tisanes.

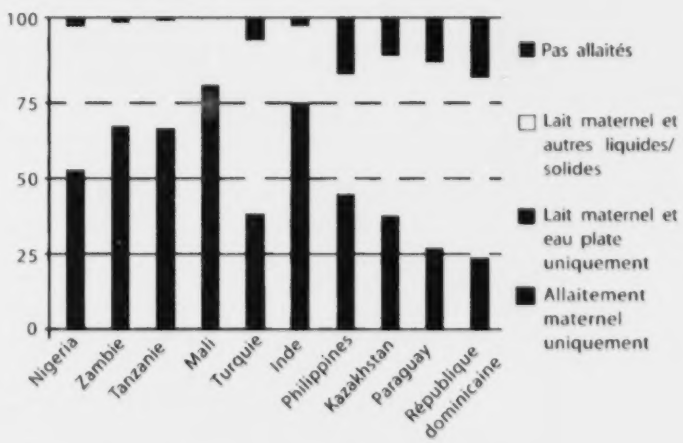
Les raisons poussant à donner de l'eau aux nourrissons varient d'une culture à l'autre. Voici certaines des raisons les plus courantes :

- nécessaire pour la vie
- étanche la soif
- soulage la douleur (des coliques ou des otites)
- prévient et traite le refroidissement et la constipation
- calme quand le bébé est agité

Les croyances culturelles et religieuses influencent également la supplémentation en eau lors des premiers mois. Des proverbes transmis de génération en génération conseillent aux mères de donner de l'eau aux bébés. L'eau peut être vue comme la source de la vie – une nécessité spirituelle et physiologique. Pour certaines cultures, offrir de l'eau au bébé est une manière de lui souhaiter la bienvenue dans ce monde.

Les conseils donnés par les prestataires de soins de santé influencent également l'utilisation de l'eau dans un grand nombre de communautés et d'hôpitaux. Par exemple, une étude faite dans une ville ghanéenne constate que 93% des sages-femmes pensaient qu'il fallait donner de l'eau à tous les bébés dès le premier jour de la vie. En Égypte, un grand nombre des infirmières conseillaient aux mères de donner de l'eau sucrée après l'accouchement.

Figure 1. Pratiques d'alimentation des nourrissons



Source : Enquêtes démographiques et de santé, 1990-1995.
En fonction d'un rappel de 24 heures chez des répondantes avec des enfants de moins de quatre mois au moment de l'enquête

LINKAGES ■ Academy for Educational Development ■ 1825 Connecticut Avenue, NW, Washington, DC 20009
Phone (202) 884-8700 ■ Fax (202) 884-8977 ■ E-mail linkages@aed.org ■ Website www.linkagesproject.org

PS 031408

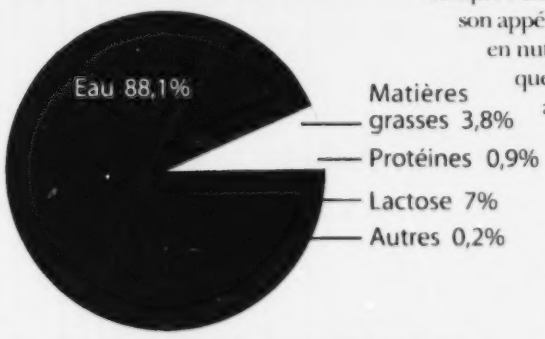
Est-ce que les bébés nourris au sein reçoivent suffisamment d'eau ?

Suivant la température, l'humidité, ainsi que le poids et le niveau d'activité du nourrisson, la recommandation moyenne de liquides par jour pour un bébé en bonne santé s'élève dans une fourchette allant de 80-100 ml/kg pendant la première semaine de la vie à 140-160 ml/kg entre 3 et 6 mois. Le lait maternel fournit à lui seul ces quantités si l'allaitement est exclusif et non limité (sur demande jour et nuit) pour deux raisons :

Le lait maternel est composé de 88% d'eau. Le contenu en eau du lait maternel consommé par un bébé qui est allaité exclusivement répond aux besoins d'eau des bébés et fournit une marge de sécurité considérable. Même si un bébé reçoit peu d'eau dans le premier lait épais et jaunâtre (colostrum), aucune eau additionnelle n'est nécessaire car le bébé est né avec de l'eau supplémentaire. Le lait avec un contenu plus élevé en eau « arrive » généralement le troisième ou le quatrième jour. La Figure 2 montre les principales composantes du lait maternel.

Le lait maternel a une faible teneur en solutés. Une des grandes fonctions de l'eau est d'éliminer, par le biais de l'urine, les solutés excédentaires. Les substances dissoutes (par exemple, sodium, potassium, azote et chlorure) sont appelées des solutés. Les reins – bien qu'ils soient immatures jusqu'à l'âge de trois mois environ – peuvent concentrer des solutés excédentaires dans l'urine pour maintenir une chimie organique saine et équilibrée.

Figure 2. Composition du lait maternel



Source : Lawrence R. *Breastfeeding: A guide for the medical profession*. 4e éd. St. Louis : Mosby-Year Book, Inc. 1994

Etant donné que le lait maternel a une faible teneur en solutés, le nourrisson n'a pas besoin d'autant d'eau qu'un enfant plus âgé ou un adulte.

Et que passe-t-il pour les nourrissons dans des climats chauds et secs ?

L'eau dans le lait maternel dépasse les besoins en eau d'un nourrisson dans des conditions normales et il suffit pour les bébés allaités dans des climats chauds et secs. Les études indiquent que les nourrissons allaités exclusivement et en bonne santé pendant les premiers mois de la vie n'ont pas besoin de liquides supplémentaires, même dans les pays avec des températures extrêmement élevées et une faible humidité. Les niveaux de solutés dans l'urine et le sang de bébés allaités exclusivement vivant dans ces conditions se situaient dans les fourchettes normales, indiquant des apports adéquats en eau.

Peut-il être dangereux de donner de l'eau à un bébé avant six mois ?

Le fait de donner de l'eau avant l'âge de six mois peut entraîner de graves risques pour la santé.

La supplémentation en eau augmente le risque de malnutrition. Le fait de remplacer le lait maternel avec un liquide n'ayant que peu, voire aucune valeur nutritionnelle, peut avoir des conséquences négatives sur l'état nutritionnel, la survie, la croissance et le développement d'un nourrisson. En effet, la consommation, même de petites quantités, d'eau et d'autres liquides peut remplir l'estomac du bébé et diminuer son appétit pour le lait maternel riche en nutriments. Les études montrent que la supplémentation en eau avant l'âge de six mois peut diminuer jusqu'à 11% l'apport de lait maternel. La supplémentation en eau avec glucose pendant la première semaine de la vie a été associée à une perte de poids plus prononcée et un séjour hospitalier plus long.

La supplémentation en eau augmente le risque de contracter des maladies. L'eau et les aliments sont des véhicules introduisant des pathogènes. Les enfants courent un risque plus élevé d'être exposés à des organismes causant la diarrhée, surtout dans des contextes où l'hygiène et l'assainissement laissent à désirer. Dans des pays moins développés, deux personnes sur cinq n'ont pas accès à une eau de boisson salubre. Grâce au lait maternel, l'enfant reçoit une quantité adéquate et facilement disponible d'eau salubre.

Une recherche faite aux Philippines confirme les avantages de l'allaitement maternel exclusif et l'effet nuisible d'une supplémentation précoce de liquides non nutritifs en ce qui concerne la maladie diarrhéique. Suivant l'âge, un nourrisson était deux à trois fois plus susceptible d'avoir un épisode diarrhéique si on lui donnait de l'eau, des tisanes et d'autres préparations à base d'herbes en plus du lait maternel que le bébé qui était allaité exclusivement.

Faudrait-il donner de l'eau aux nourrissons allaités qui ont la diarrhée ?

Dans le cas d'une légère diarrhée, on recommande d'augmenter la fréquence des tétées. Si l'enfant souffre d'une diarrhée modérée à grave, la mère devrait consulter immédiatement les agents de santé et continuer à allaiter, tel que recommandé par les directives de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME). Les enfants qui semblent déshydratés auront peut-être besoin d'un traitement de réhydratation par voie orale (TRO), qui ne devrait être donné que sur conseil d'un agent de santé.[1]

[1] La solution de réhydratation orale (SRO), utilisée dans la TRO, aide à remplacer l'eau et les électrolytes perdues pendant les épisodes de diarrhée. Des supers SRO, avec une base de riz ou céréales pour une meilleure absorption, ont été mises au point pour améliorer le traitement.

Comment les programmes peuvent-ils lutter contre la pratique courante de la supplémentation en eau ?

Les responsables de programme devraient comprendre les raisons culturelles de cette pratique, analyser les données existantes, faire des essais de pratiques améliorées dans les ménages et formuler des stratégies de communication efficaces pour les publics ciblés.

Les agents de soins de santé et les volontaires communautaires doivent être informés et savoir que le lait maternel permet de répondre à tous les besoins en eau d'un bébé allaité exclusivement pendant les six premiers mois. Peut-être auront-ils également besoin d'une formation sur la manière de communiquer les messages et négocier le changement de comportement. L'encadré ci-après présente des exemples de messages mis au point par des programmes de promotion de l'allaitement maternel qui traitent des croyances et attitudes locales concernant les besoins en eau des bébés.

Fournir une information exacte, adapter les messages aux croyances et préoccupations des différents publics et négocier avec les mères pour qu'elles essayent un nouveau comportement, autant de moyens de promouvoir l'allaitement maternel exclusif comme une nouvelle norme communautaire.

Communiquer le message « ne pas donner de l'eau »

Les messages suivants ont été utilisés dans des programmes en vue de convaincre les mères, leur famille et les agents de santé qu'il n'est pas nécessaire de donner de l'eau pendant les six premiers mois aux bébés allaités exclusivement. Les manières les plus efficaces de communiquer les messages dépendent du public et des pratiques, croyances, préoccupations et contraintes freinant l'adoption de bonnes pratiques dans un contexte donné.

Expliquer clairement la signification de l'allaitement maternel exclusif

- L'allaitement maternel exclusif veut dire qu'on donne uniquement du lait maternel. Cela signifie qu'on ne donne pas d'eau, de liquides, de tisanes, de préparations à base d'herbes ou d'aliments pendant les six premiers mois de la vie. (Il est important de nommer les boissons et aliments donnés couramment pendant les six premiers mois. Un programme a constaté que les femmes ne pensaient pas que le conseil « ne pas donner de l'eau » s'appliquait également aux tisanes ou autres liquides.)

Emprunter les idées souvent associées à l'eau et les appliquer au colostrum

- Le colostrum est l'aliment de bienvenue pour les bébés. C'est la première vaccination protégeant un bébé contre la maladie.
- Le colostrum nettoie l'estomac du bébé. L'eau sucrée n'est pas nécessaire.

Expliquer pourquoi les bébés allaités exclusivement n'ont pas besoin d'eau

- Le lait maternel est composé à 88% d'eau.
- Chaque fois qu'une mère allaite, elle donne de l'eau à son bébé par le biais de son lait.
- Le lait maternel contient tout ce dont le bébé a besoin pour étancher sa soif et calmer sa faim. C'est le meilleur aliment possible et c'est la meilleure boisson possible que l'on puisse offrir à un bébé pour que celui-ci grandisse bien et devienne un bébé fort et en bonne santé.

Signaler les risques si on donne de l'eau

- Donner de l'eau au bébé peut être nuisible et peut causer la diarrhée et la maladie. Le lait maternel est propre et pur et protège contre la maladie.
- L'estomac d'un bébé est petit. Quand le bébé boit de l'eau, il y a moins de place pour le lait maternel nutritif qui est nécessaire pour que l'enfant devienne fort et en bonne santé.

Relier les bonnes pratiques d'allaitement maternel à un apport suffisant en liquides

- Quand une mère pense que son bébé a soif, elle devrait lui donner immédiatement le sein.
- Ainsi, l'enfant recevra toute l'eau dont il a besoin.

Quels sont les besoins en eau des enfants après six mois ?

Les directives pour les apports en eau après six mois sont moins claires que celles s'appliquant aux six premiers mois. En effet, à l'âge de six mois, il faudrait introduire les aliments complémentaires – les aliments donnés en plus du lait maternel pour répondre aux besoins nutritifs accrus de l'enfant. Les types d'aliments que consomme un enfant influenceront ses besoins en eau. Pour l'essentiel, le lait maternel répond aux besoins en eau des bébés de 6 à 11 mois. Une eau supplémentaire peut être donnée par l'entremise de fruits ou jus de fruits, légumes ou petites quantités d'eau bouillie données après un repas.

Il faut veiller à ce que l'eau et d'autres liquides ne remplacent pas le lait maternel. L'eau peut souvent remplacer ou diluer le contenu nutritif d'aliments complémentaires riches en énergie. Les bouillies, soupes, bouillons et autres nourritures liquides donnés aux enfants ne comportent généralement pas la densité en énergie recommandée pour les aliments complémentaires (0,6 kcal/g). En réduisant la quantité d'eau ajoutée à ces aliments, on peut améliorer l'état nutritionnel des enfants dans ce groupe d'âge.

Publications connexes de LINKAGES

- Faits d'alimentation: Naissance, début, de lállaitement maternal et les sept premiers jours après la naissance, 2002
- Faits d'alimentation: Le lait maternel : une source essentielle de Vitamine A pour le nourrisson et le jeune enfant, 2000
- Faits d'alimentation: Practiques recommandées pour améliorer la nutrition infantile pendant les six premiers mois,1999
- Practiques et régimes alimentaires recommandés pour améliorer la nutrition infantile et maternelle, 1999

Références

Almroth SG, Bidinger P. No need for water supplementation for exclusively breastfed infants under hot and arid conditions. *T Roy Soc Trop Med H* 1990; 84,602-4.

Armelini PA, Gonzalez CF. Breastfeeding and fluid intake in a hot climate. *Clin Pediatr* 1979; 18:424-5.

Brown K et al. Infant-feeding practices and their relationship with diarrheal and other diseases in Huascar (Lima), Peru. *Pediatrics* 1989 Jan;83(1):31-40.

Glover J, Sandilands M. Supplementation of breastfeeding infants and weight loss in hospital. *J Hum Lact* 1990 Dec;6(4):163-6.

Goldberg NM, Adams E. Supplementary water for breast-fed babies in a hot and dry climate – not really a necessity. *Arch Dis Child* 1983; 58:73-74.

Hosssain M et al. Prelacteal infant feeding practices in rural Egypt. *J Trop Pediatr* 1992 Dec; 38(6):317-22.

Popkin BM et al. Breast-feeding and diarrheal morbidity. *Pediatrics* 1990 Dec; 86(6):874-82.

Sachdev HPS et al. Water supplementation in exclusively breastfed infants during summer in the tropics. *Lancet* 1991 April; 337:929-33.

Victora C et al. Infant feeding and deaths due to diarrhea: A case-control study. *Am J Epidemiol* 1989 May;129(5):1032-41.

World Health Organization. Breastfeeding and the use of water and teas. Division of Child Health and Development Update, No. 9 (reissued, Nov. 1997).

Allaitement maternel exclusif : la seule source d'eau dont les nourrissons ont besoin est une publication de LINKAGES : allaitement maternel, MAMA, alimentation complémentaire et programme de nutrition maternelle, et a pu être réalisée grâce au soutien fourni à l'Académie pour le Développement de l'Education (AED) par le GH/HIDN de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID) aux termes de l'Accord coopératif No. HRN-A-00-97-00007-00. Les opinions exprimées ici incombent uniquement aux auteurs et ne reflètent pas forcément les vues de l'USAID ou de l'AED.

LINKAGES ■ Academy for Educational Development ■ 1825 Connecticut Avenue, NW, Washington, DC 20009
Phone (202) 884-8000 ■ Fax (202) 884-8977 ■ E-mail linkages@aed.org ▫ Website www.linkagesproject.org

PS

Aleitamento Exclusivo: A Única Fonte de Água que os Bebés de Tenra Idade Necessitam

PMF FOLHA 5 **Perguntas Mais Frequentes (PMF)** **Outubro de 2002**

Os recém-nascidos saudáveis entram no mundo bem hidratados e mantém-se assim se forem exclusivamente amamentados, de dia e à noite, mesmo nos climas mais quentes e secos. Contudo, a prática de dar água aos bebés durante os primeiros seis meses—o período recomendado para o aleitamento exclusivo—persiste em muitas partes do mundo, com consequências nutricionais e de saúde adversas. Este PMF aborda essas consequências e o papel do aleitamento materno na satisfação da necessidade de água que o bebé tem.

Porque é recomendado o aleitamento exclusivo nos primeiros seis meses?

As directrizes internacionais recomendam o aleitamento exclusivo durante os primeiros seis meses, com base em dados científicos que garantem benefícios para a sobrevivência, crescimento e desenvolvimento do bebé. O leite materno fornece toda a energia e nutrientes que um bebé necessita para os primeiros seis meses de vida. O aleitamento exclusivo reduz a mortalidade infantil causada pelas doenças infantis comuns como a diarreia e pneumonia, acelera a recuperação após uma doença e ajuda a espaçar as gravidezes.

A suplementação com água a bebés de tenra idade é uma prática comum? Se sim, porquê?

A prática de dar água e outros líquidos, como chá, água com açúcar e sumos nos primeiros meses de vida, a bebés que são amamentados, é comum em muitas regiões do globo, tal como ilustra a Figura 1. Com frequência esta prática começa logo no primeiro mês de vida. Uma pesquisa realizada nos arredores de Lima, Peru, mostrou que 83 porcento dos bebés bebiam água e chás no primeiro mês. Estudos realizados em diversas comunidades da Gâmbia, Filipinas, Egipto e Guatemala revelaram que mais de 60 porcento dos recém-nascidos recebiam água com açúcar e/ou chás. As razões apresentadas para a suplementação dos bebés com água variam de acordo com as culturas. Algumas das mais comuns são:

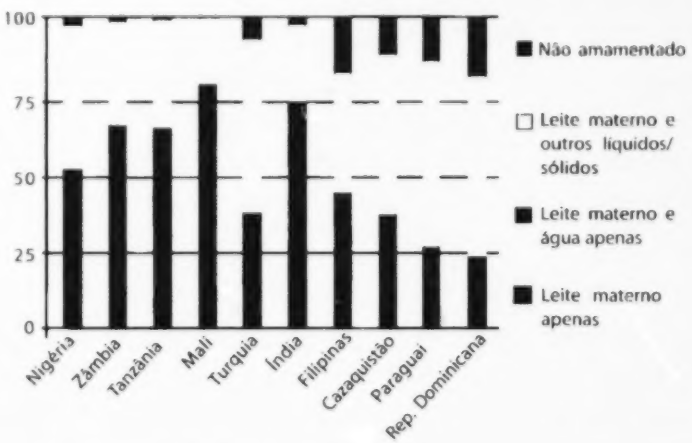
- necessária para a vida
- mata a sede
- alivia a dor (cólicas ou dores de ouvido)
- previne e trata resfriados e constipações
- acalma a criança

As crenças culturais e religiosas também influenciam a suplementação de bebés de tenra idade com água. Provérbios que passam de geração em geração aconselham as mães a dar água aos seus bebés.

A água pode ser vista como a fonte da vida—uma necessidade espiritual e fisiológica. Algumas culturas consideram que a oferta de água ao recém-nascido é uma forma de o receber bem neste mundo.

O conselho dos técnicos de saúde também influencia a utilização de água em muitas comunidades e nos hospitais. Por exemplo, um estudo realizado numa cidade do Gana mostra que 93 porcento das parteiras pensava que se devia dar água a todos os bebés recém-nascidos, logo no primeiro dia de vida. No Egipto, muitas enfermeiras aconselhavam as mães a dar água com açúcar aos seus bebés, logo após o parto.

Figura 1. Práticas Alimentares dos Bebés de Tenra Idade



Fonte: Demographic and Health Surveys, 1990-1995.
Com base em inquéritos realizados às mães de bebés com menos de 4 meses sobre o consumo de alimentos destes durante as 24 horas prévias ao inquérito.

LINKAGES ■ Academy for Educational Development ■ 1825 Connecticut Avenue, NW, Washington, DC 20009
Phone (202) 884-8700 ■ Fax (202) 884-8977 ■ E-mail linkages@aed.org ■ Website www.linkagesproject.org

PN-ACS-408

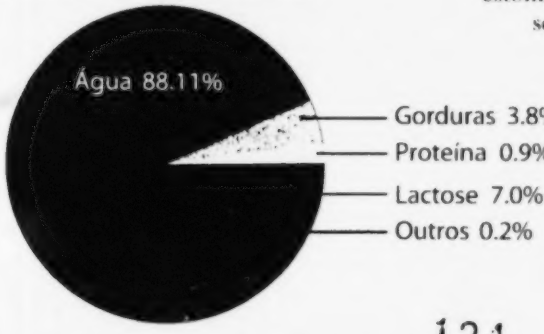
Como os bebés amamentados obtêm água suficiente?

Dependendo da temperatura, humidade, do peso do bebé e seu grau de actividade, as necessidades diárias de líquidos para os bebés saudáveis varia de 80-100ml/kg na primeira semana de vida até 140-160 ml/kg, entre os 3-6 meses. Estas quantidades são disponibilizadas pelo leite materno, por si só, caso o aleitamento materno seja exclusivo e não restrito (a pedido, de dia e de noite), por duas razões:

O leite materno contém 88 porcento de água. A água contida no leite materno consumido por um bebé exclusivamente amamentado satisfaz a necessidade de água do bebé e fornece uma margem considerável de segurança. Apesar de um recém-nascido ingerir pouca água no primeiro leite amarelado e espesso (colostro), não é necessário dar água ao bebé, pois este já nasce com uma quantidade extra de água. Normalmente, o leite com mais água começa a surgir no terceiro ou quarto dia. A Figura 2 mostra os principais componentes do leite.

O leite materno tem baixa quantidade de solutos. Uma das principais funções da água é de retirar do organismo, através da urina, o excesso de solutos. As substâncias dissolvidas (por exemplo, sódio, potássio, nitrogénio e cloreto) são chamadas solutos. Os rins—apesar de ainda imaturos até aproximadamente os três meses—conseguem concentrar o excesso de solutos na urina para manter o corpo com uma química saudável e equilibrada. Porque o leite materno tem poucos solutos, o bebé não necessita de tanta água como uma criança mais velha ou um adulto.

Figura 2. Composição do Leite Materno



Fonte: Lawrence R. *Breastfeeding: A guide for the medical profession.* 4th ed. St. Louis: Mosby-Year Book, Inc. 1994

E os bebés que vivem em climas quentes e secos?

A água contida no leite materno excede as necessidades de água do bebé em condições normais e é adequada para os bebés amamentados em climas quentes e secos. Estudos indicam que os bebés saudáveis exclusivamente amamentados nos primeiros seis meses de vida não necessitam de líquidos adicionais, mesmo em países com temperaturas extremamente elevadas e baixa humidade. Os níveis de solutos na urina e no sangue dos bebés exclusivamente amamentados a viver nessas condições estavam dentro dos valores normais, indicando uma ingestão adequada de água.

Dar água a um bebé com menos de seis meses pode fazer-lhe mal?

Dar água a bebés com menos de seis meses pode ter riscos significativos para a saúde.

A suplementação com água aumenta o risco de desnutrição. Substituir o leite materno por líquidos com pouco ou nenhum valor nutricional pode ter um impacte negativo no estado nutricional do bebé, na sua sobrevivência, crescimento e desenvolvimento. O consumo, mesmo de pequenas quantidades de água ou outros líquidos, pode preencher o estômago do bebé e reduzir o seu apetite para o leite materno rico em nutrientes. Estudos realizados mostram que a suplementação com água antes dos seis meses pode reduzir a ingestão de leite materno até cerca de 11 porcento. A suplementação com água e açúcar na primeira semana de vida tem sido associada com maior perda de peso e maior tempo de estadia no hospital.

A suplementação com água aumenta o risco de doença. A água, os biberões e utensílios de cozinha (copos, chávenas, colheres, etc.) são o veículo para a introdução de patogénicos. Os bebés correm um risco maior de exposição a organismos causadores de diarreia, especialmente em ambientes com baixos índices de higiene e sanidade. Nos países menos desenvolvidos, duas em cada cinco pessoas não tem acesso a água potável. O leite materno assegura que o bebé tenha acesso a uma quantidade suficiente de água limpa e pronta para utilização.

Pesquisas realizadas nas Filipinas confirmam os benefícios do aleitamento exclusivo e do efeito negativo da suplementação precoce com líquidos não-nutritivos no aparecimento de doenças diarreicas. Dependendo da idade, um bebé possui duas a três vezes mais probabilidade de ter diarreia se a água, chás e chás de ervas forem dados em acréscimo ao leite materno, do que se a criança for exclusivamente amamentada.

Deve-se dar água a bebés amamentados que tenham diarreia?

No caso de diarreia ligeira, recomenda-se o aumento da frequência das mamadas. Se a diarreia for de moderada a grave, a mãe, ou quem cuida do bebé, deve procurar imediatamente aconselhar-se com um técnico de saúde e continuar a amamentar, tal como é recomendado nas directrizes da Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI). Os bebés que aparentem estar desidratados podem necessitar de Terapia de Rehidratação Oral (TRO), que deve apenas ser administrada sob aconselhamento de um técnico de saúde[1].

[1] Solução de Rehidratação Oral (SRO), utilizada na TRO, ajuda a substituir a água e os electrólitos perdidos durante os episódios de diarreia. A super SRO, com uma base em hidrato de carbono de arroz ou cereal, para melhor absorção, foi criada para melhorar o tratamento.

Como podem os programas alterar as práticas comuns de suplementação com água?

Para alterar a prática muito comum de suplementação com água de bebés de tenra idade, os gestores dos programas deverão procurar entender as razões culturais para a prevalência destas práticas, analisar os dados existentes, realizar testes de práticas melhoradas com os agregados e criar estratégias de comunicação eficazes para audiências específicas. Os prestadores de cuidados de saúde e os voluntários comunitários têm de ser informados de que o leite materno satisfaz as necessidades de água de um bebé exclusivamente amamentado durante os primeiros seis meses de vida. Eles também poderão necessitar de treino sobre como comunicar e passar as mensagens e negociar as mudanças de hábitos. Na caixa podem ver-se exemplos de mensagens criadas nos programas de promoção do aleitamento materno relativas às crenças locais e atitudes quanto às necessidades de água dos bebés.

Prestar informação objectiva, adequar as mensagens para as crenças e preocupações de diferentes audiências e negociar com as mães para que estas tentem um comportamento novo, pode ajudar a estabelecer o aleitamento exclusivo como uma nova norma comunitária.

Passar a Mensagem "Não Dê Água"

Estas mensagens foram utilizadas em programas para convencer as mães, as suas famílias e os prestadores de cuidados de saúde, de que os bebés exclusivamente amamentados não necessitam de água nos primeiros seis meses de vida. Os métodos mais eficazes de passar as mensagens dependem da audiência e das práticas, crenças, preocupações e constrangimentos às boas práticas, num determinado lugar.

Esclarecer bem o significado de aleitamento exclusivo

- Aleitamento exclusivo significa dar apenas leite materno. Isto significa que não se dá água, líquidos, chás, chás de ervas ou outros alimentos durante os primeiros seis meses de vida. (É importante dizer os nomes das bebidas e alimentos que é mais comum dar às crianças nos primeiros seis meses. Um programa verificou que muitas mulheres não pensavam que o aconselhamento referente a "não dê água", se aplicava aos chás de ervas e outros líquidos.)

Procure ideias muitas vezes associadas à água e aplique-as ao colostro

- O colostro é o alimento para receber bem ao recém-nascidos neste mundo. É também a primeira imunização, protegendo o bebé das doenças.
- O colostro limpa o estômago do recém-nascido. Não é necessária água com açúcar.

Explique porque razão os bebés exclusivamente amamentados não necessitam de água

- O leite materno é constituído em 88 porcento por água.
- Cada vez que uma mãe amamenta, ela dá água ao seu bebé através do seu leite materno.
- O leite materno tem tudo o que o bebé necessita para matar a sede e alimentá-lo. É o melhor alimento e bebida possível de oferecer a um bebé para que o mesmo possa crescer forte e saudável.

Apontar os riscos de dar água

- Dar água aos bebés pode fazer mal e causar diarreia e doenças. O leite materno é limpo e puro e protege contra as doenças.
- O estômago de um bebé é pequeno. Quando o bebé bebe água fica menos espaço disponível para o nutritivo leite materno que é necessário para que o bebé cresça forte e saudável.

Relacione as boas práticas de aleitamento materno com a ingestão adequada de líquidos

- Quando a mãe achar que o seu bebé tem sede, ela deverá amamentá-lo imediatamente. Isto irá permitir que o bebé receba a água de que necessita.
- Quantas mais vezes a mãe amamentar, mais leite materno terá, o que significa mais água para o bebé.

Quais são as necessidades de água das crianças, após os seis meses de idade?

As directrizes para a ingestão de água após os seis meses de idade são menos claras do que para os primeiros seis meses de vida do bebé. Aos seis meses, os alimentos complementares - alimentos dados em acréscimo ao leite materno para satisfazer a crescente necessidade de nutrientes do bebé - deverão ser introduzidos. Os tipos de alimentos que uma criança consome irão afectar a sua necessidade de água. Na maioria dos casos, a necessidade de água dos bebés de 6-11 meses pode ser satisfeita com o leite materno. A restante necessidade pode ser complementada com a fruta, os sumos de fruta, vegetais ou pequenas quantidades de água fervida, após a refeição.

É necessário ter cuidado para garantir que a água e os outros líquidos não substituam o leite materno. A água pode também substituir ou diluir o conteúdo nutricional de alimentos complementares de elevada densidade energética. As papas, sopas, caldos e outros preparados que contêm água e que são dados aos bebés, normalmente possuem menor densidade energética do que a recomendada para os alimentos complementares (0.6 kcal/g). Reduzir a quantidade de água a adicionar a estes alimentos pode melhorar o estado nutricional das crianças desta faixa etária.

Publicações relacionadas da LINKAGES

- Facts for Feeding: Birth, Initiation of Breastfeeding, and the First Seven Days after Birth, 2002
- Facts for Feeding: Breastmilk—A Critical Source of Vitamin A for Infants and Young Children, 2000
- Facts for Feeding: Recommended Practices to Improve Infant Nutrition during the First Six Months, 2001
- Quantifying the Benefits of Breastfeeding: A Summary of the Evidence, 2002
- Recommended Feeding and Dietary Practices to Improve Infant and Maternal Nutrition, 1999

Referências

Almroth SG, Bidinger P. No need for water supplementation for exclusively breastfed infants under hot and arid conditions. *T Roy Soc Trop Med H* 1990; 84,602-4.

Armelini PA, Gonzalez CF. Breastfeeding and fluid intake in a hot climate. *Clin Pediatr* 1979; 18:424-5.

Brown K et al. Infant-feeding practices and their relationship with diarrheal and other diseases in Huascar (Lima), Peru. *Pediatrics* 1989 Jan;83(1):31-40.

Glover J, Sandilands M. Supplementation of breastfeeding infants and weight loss in hospital. *J Hum Lact* 1990 Dec;6(4):163-6.

Goldberg NM, Adams E. Supplementary water for breast-fed babies in a hot and dry climate – not really a necessity. *Arch Dis Child* 1983; 58:73-74.

Hosssain M et al. Prelacteal infant feeding practices in rural Egypt. *J Trop Pediatr* 1992 Dec; 38(6):317-22.

Popkin BM et al. Breast-feeding and diarrheal morbidity. *Pediatrics* 1990 Dec; 86(6):874-82.

Sachdev HPS et al. Water supplementation in exclusively breastfed infants during summer in the tropics. *Lancet* 1991 April; 337:929-33.

Victora C et al. Infant feeding and deaths due to diarrhea: A case-control study. *Am J Epidemiol* 1989 May;129(5):1032-41.

World Health Organization. Breastfeeding and the use of water and teas. Division of Child Health and Development Update, No. 9 (reissued, Nov. 1997).

Aleitamento Exclusivo: A Única Fonte de Água de que os Bebés de Tenra Idade Necessitam- Perguntas Mais Frequentes é uma publicação da LINKAGES: Programa sobre Aleitamento Materno, Amenorreia da Lactação, Alimentação Complementar Relacionada e Nutrição Materna. A sua publicação foi possível com o apoio prestado pela Academy for Educational Development (AED) através do GH/HIDN da Agência dos Estados Unidos da América para o Desenvolvimento Internacional (USAID), ao abrigo dos termos do Acordo de Cooperação No. HRN-A-00-97-00007-00. As opiniões expressas neste documento são da exclusiva responsabilidade do(s) autor(es) e não reflectem necessariamente a visão da USAID ou da AED. Este documento foi traduzido do Inglês para Português por Cláudio de Sousa /Helen Keller Internacional—Moçambique.

LINKAGES ▫ Academy for Educational Development ▫ 1825 Connecticut Avenue, NW, Washington, DC 20009
Phone (202) 884-8000 ▫ Fax (202) 884-8977 ▫ E-mail linkages@aed.org ▫ Website www.linkagesproject.org

PS

Lactancia Materna Exclusiva: La Única Fuente de Agua que Necesita un Bebé

HOJA 5 **Preguntas más frecuentes** **Octubre 2002**

Los recién nacidos sanos entran al mundo bien hidratados y permanecen así si se amamantan exclusivamente durante el día y la noche, aún en los climas más cálidos y secos. No obstante, la práctica de darles agua a los bebés durante sus primeros seis meses de vida - el periodo de tiempo recomendado para dar lactancia materna exclusiva – persiste en muchas partes del mundo con consecuencias peligrosas para la nutrición y salud de estos/as niños/as. Esta hoja de preguntas más frecuentes discute estas consecuencias y el papel que desempeña la lactancia materna en llenar los requerimientos de agua que tienen los bebés.

¿Porqué se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida de un bebé?

Las guías internacionales recomiendan lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses basado en la evidencia científica de los beneficios que tiene en la supervivencia infantil, crecimiento y desarrollo. La leche materna provee toda la energía y los nutrientes que necesita el bebé durante sus primeros seis meses de vida, así como también reduce el índice de mortalidad infantil causado por enfermedades comunes en la infancia, tales como diarrea y neumonía; apresura la recuperación durante una enfermedad y ayuda a espaciar los embarazos.

¿Es suplementar con agua a una edad temprana una práctica común? Y si es así, ¿porqué?

La práctica de dar agua y otros líquidos tales como té, agua azucarada y jugo a los bebés amamantados durante sus primeros meses de vida es común en la mayor parte del mundo, como se ilustra en la figura No.1. Esta práctica a menudo empieza durante el primer mes de vida, y los estudios llevados a cabo en las áreas peri urbanas de Lima, Perú demostraron que un 83% de los bebés recibían agua y té durante su primer mes. Los estudios realizados en varias comunidades de Gambia, Las Filipinas, Egipto y Guatemala reportaron que más del 60% de los recién nacidos reciben agua azucarada y/o té.

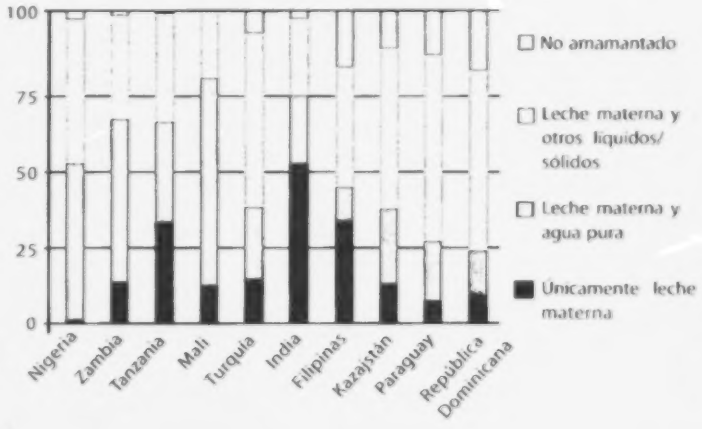
Las razones que las personas dan para dar agua a los bebés varían en las diferentes culturas. Algunas de las razones más comunes son:

- Es necesaria para la vida
- Quita la sed
- Alivia el dolor (causado por cólicos y estreñimiento)
- Previene y combate los catarros y el estreñimiento
- Los tranquiliza

Las creencias culturales y religiosas también influyen en la introducción temprana del agua. Proverbios que pasan de generación en generación recomiendan que las madres den agua a sus hijos/as. El agua puede verse como la fuente de vida – una necesidad espiritual y fisiológica. Algunas culturas incluso consideran el hecho de ofrecer agua a los recién nacidos como una forma de darle la bienvenida al mundo.

El consejo de los trabajadores de salud también influye sobre el uso del agua en muchas comunidades y hospitales. Por ejemplo, un estudio en una ciudad de Ghana encontró que el 93% de las comadronas piensan que se debe dar agua a todos los bebés desde su primer día de vida. En Egipto, muchas enfermeras les recomiendan a las madres que den agua azucarada a los bebés después del parto.

Figura No. 1. Prácticas Alimenticias para Bebés Pequeños



Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, 1990-1995.
Basado en la respuesta de personas con bebés menores de 4 meses al momento de hacer la encuesta. Estas personas fueron entrevistadas en un periodo de 24 horas.

PS 031408

LINKAGES ■ Academy for Educational Development ■ 1825 Connecticut Avenue, NW, Washington, DC 20009
Phone (202) 884-8700 ■ Fax (202) 884-8977 ■ E-mail linkages@aed.org ■ Website www.linkagesproject.org

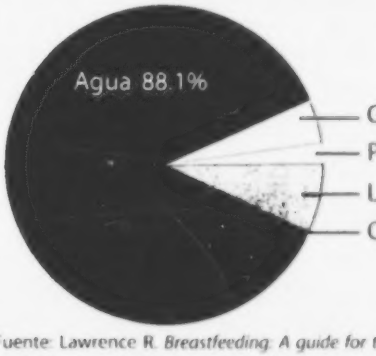
¿Cómo obtienen suficiente agua los bebés amamantados?

Dependiendo de la temperatura y humedad del medio ambiente, así como del peso y nivel de actividad de los bebés, el requerimiento diario de líquidos para bebés sanos varía entre 80-100 ml/kg durante la primera semana de vida y entre 140 –160 ml/kg para bebés que están entre los tres y seis meses. Estas cantidades están disponibles en la leche materna si se da lactancia exclusiva a segun lo demande el bebé durante el día y la noche por dos razones:

La leche materna es 88% agua. La cantidad de agua que consume un bebé al amamantarlo exclusivamente llena sus requerimientos y provee un buen margen de seguridad. A pesar de que un recién nacido recibe poca agua en la primera leche amarillenta que recibe por que es bastante espesa (calostro), los infantes no necesitan agua adicional porque nacen con agua extra en sus cuerpos. Este calostro cambia gradualmente a la leche que tiene un mayor contenido de agua, la cual "baja" alrededor del tercer a cuarto día despues del parto. La figura No. 2 muestra los componentes principales de la leche materna

La leche materna tiene una baja concentración de solutos. Una de las funciones principales que tiene el agua en el cuerpo, es la de eliminar, a través de la orina, los solutos que están en exceso. Se refiere a solutos a las sustancias disueltas, como por ejemplo el sodio, potasio, nitrógeno y cloruro. Los riñones, aunque inmaduros hasta aproximadamente los tres meses de vida, son capaces de concentrar los excesos de solutos en la orina para mantener el balance químico de un cuerpo sano. Debido a que la leche materna tiene una baja concentración de solutos, el bebé no necesita la misma cantidad de agua con relación a su peso, que necesitan los niños mayores y los adultos

Figura No. 2. Composición de la leche materna



Fuente: Lawrence R. *Breastfeeding: A guide for the medical profession.* 4th ed. St. Louis: Mosby-Year Book, Inc. 1994 (*Lactancia: Una Guía para el Profesional de Salud*)

¿Qué pasa con los bebés que viven en climas calientes y secos?

El contenido de agua en la leche materna es mayor a los requerimientos que tienen los infantes bajo condiciones normales y es adecuada para los bebés que viven en climas calientes y secos. Los estudios indican que los bebés que amamantan exclusivamente durante sus primeros seis meses de vida no necesitan de líquidos adicionales ni aún en países con temperaturas extremadamente altas y con bajos niveles de humedad. Las concentraciones de solutos en la orina y sangre de bebés amamantados exclusivamente en países con estas condiciones climáticas, se encontraron dentro de los rangos normales, indicando que su ingesta de agua es adecuada.

¿Puede ser dañino darle agua a un bebé menor de seis meses?

El ofrecer agua a un bebé antes de los seis meses puede ocasionar problemas de salud significativos.

El suplementar con agua puede incrementar el riesgo de desnutrición. El reemplazar la leche materna con un líquido de poco o ningún valor nutricional puede tener un impacto negativo en el estado nutricional del bebé, así como en su supervivencia, crecimiento y desarrollo. El consumo de pequeñas cantidades de agua u otro líquido puede llenar el estómago del infante y esto reduce su apetito por la leche materna, que si es rica en nutrientes. Estudios han demostrado que el dar agua a los bebés antes de los seis meses puede reducir el consumo de leche materna hasta en un 11%. El ofrecer agua con glucosa durante la primer semana de vida se ha asociado con una mayor perdida de peso y estancias más prolongadas en el hospital.

El suplementar con agua incrementa el riesgo de enfermedad. El agua y los implementos para ofrecer otros alimentos son vehículos para la introducción de patógenos. Los infantes tienen un mayor riesgo de estar expuestos a los organismos que causan diarrea, especialmente en ambientes con poca higiene y sanidad. En los países menos desarrollados, dos de cada cinco personas carecen de acceso a agua potable. La leche materna asegura que el bebé tenga acceso a una fuente adecuada y fácilmente disponible de agua pura.

Investigaciones realizadas en Las Filipinas confirman los beneficios de la lactancia materna exclusiva, así como los efectos dañinos que causa la introducción temprana de líquidos no nutritivos, y su relación con la incidencia de enfermedades diarreicas. Dependiendo de la edad, un infante es dos a tres veces más susceptible a padecer de diarrea si le dan agua, té o preparaciones herbales además de la leche materna que si lo amamantan exclusivamente.

¿Se le debe dar agua a un bebé que tiene diarrea?

En el caso de diarrea leve, se recomienda amamantar al bebé con mayor frecuencia. Cuando un infante tiene un caso de diarrea moderada a severa, las personas encargadas deben buscar ayuda de un trabajador de salud y continuar amamantando, tal como se recomienda en La Guía para el Manejo Integrado de Enfermedades Infantiles (MIEI). Los bebés que presentan síntomas de deshidratación pueden necesitar terapia de rehidratación oral (TRO), la cual solo debe darse siguiendo las sugerencias del trabajador de salud.[1]

[1] La solución de rehidratación oral (SRO) que se usa en la terapia de rehidratación oral (TRO) ayuda a reemplazar agua y electrolitos perdidos durante los episodios de diarrea. Para mejorar el tratamiento, se ha desarrollado el super SRO que contiene además, un carbohidrato al base comoel arroz o cereal para mejorar la absorción.

¿Cómo pueden los programas referirse a la práctica común de introducir el agua a temprana edad?

Para referirse a la práctica común de introducir agua a los bebés a una edad temprana, los administradores de los programas deben primero entender las razones culturales que conllevan a esta práctica, deben analizar la información existente, hacer pruebas de prácticas mejoradas y desarrollar estrategias de comunicación efectiva dirigidas a un público específico.

Los trabajadores de salud y los trabajadores voluntarios de la comunidad deben estar informados que la leche materna llena los requerimientos de agua en los bebés que son exclusivamente amamantados durante sus primeros seis meses de vida. Es posible que ellos/as necesiten un entrenamiento en como comunicar los mensajes y hacer las negociaciones de cambios de comportamiento. En el cuadro siguiente se presentan mensajes para dirigirse a las creencias y actitudes locales sobre los requerimientos de agua en los infantes. Estos mensajes son algunos ejemplos que han sido desarrollados en programas de promoción de la lactancia materna.

El proveer información correcta, adaptar los mensajes para dirigirlos a una población específica sobre sus creencias y preocupaciones, negociar con las madres para lograr que se comprometan a probar un nuevo comportamiento, puede ayudar a establecer la lactancia materna como una nueva norma comunitaria

Como comunicar el mensaje: "No dar agua"

Los siguientes mensajes han sido usados en programas para convencer a madres, sus familias y a los trabajadores de salud que los bebés que se alimentan exclusivamente con lactancia materna, no necesitan agua durante sus primeros seis meses de vida. Las formas más efectivas de lograr esto depende de la audiencia y las practicas, creencias, preocupaciones y limitaciones que tienen las personas en cada localidad.

Hacer que el significado de lactancia materna exclusiva quede claro

- Lactancia materna exclusiva significa alimentar al bebé únicamente con leche materna. Esto implica que no se le da agua, líquidos, té, preparaciones con hierbas ni alimentos sólidos durante los primeros seis meses de vida. (Es importante mencionar las bebidas y comidas que comúnmente se ofrecen a los infantes menores de seis meses en esa localidad. Un programa encontró que las mujeres no consideraban que el consejo "no dar agua" se refería al uso de té de hierbas u otros líquidos.)

Tomar las ideas que generalmente se asocian con el agua y aplicarlas al calostro

- El calostro es el alimento que le da la bienvenida a los recién nacidos. Es su primera vacuna; protege al bebé contra enfermedades.
- El calostro limpia el estómago del recién nacido. El agua azucarada no es necesaria.

Explicar por qué un bebé amamantado exclusivamente no necesita agua

- La leche materna está compuesta en un 88% por agua.
- Cada vez que una madre amamanta a su bebé, ella le da agua a través de su leche.
- La leche materna tiene todo lo que el bebé necesita para saciar su sed y satisfacer su hambre. La leche materna es sin lugar a dudas el mejor alimento y bebida que se le puede ofrecer a un infante para que crezca fuerte y sano.

Resaltar los riesgos de dar agua a los bebés

- El dar agua a un bebé puede ser dañino y causarle diarrea y enfermedades. La leche materna es limpia, pura y protege contra enfermedades.
- El estómago de un bebé es pequeño. Cuando toma agua, queda muy poco espacio para recibir la leche materna que es necesaria para que el bebé crezca fuerte y sano.

Atar las buenas practicas de lactancia a la ingestión adecuada de líquido

- Cuando una madre piensa que su bebé tiene sed, ella debe amamantar inmediatamente. Esto asegurará que el infante reciba toda el agua que necesita.

¿Cuáles son las necesidades de agua para los niños mayores de seis meses?

Las guías para el consumo de agua después de los seis meses son menos claras que para el primer semestre de vida de un infante. Al cumplir seis meses, se introducen alimentos sólidos para complementar su alimentación. Estos son alimentos que se dan además de la leche materna para llenar los requerimientos nutricionales que tienen los bebés a esta edad. Los tipos de alimentos que comen estos bebés afectarán las necesidades que tengan de agua. En general, los requerimientos de agua que tienen los infantes entre los de 6-11 meses pueden ser suplidos por la leche materna. Agua adicional puede también recibirse a través de frutas o jugos, verduras o pequeñas cantidades de agua hervida durante las horas de comida.

Se debe tomar precaución que el agua y los otros líquidos no reemplacen la leche materna. El agua pude reemplazar o diluir el contenido nutricional de alimentos complementarios que se consideran "densos" en energía. Cereales ralos, sopas, caldos y otros alimentos con alto contenido de agua generalmente caen debajo de las recomendaciones de niveles de energía que deben tener los alimentos complementarios que se recomienda ofrecer a los bebés como complemento de la leche materna. (0.6 kcal/g). Al reducir la cantidad de agua agregada a estos alimentos se puede mejorar el estatus nutricional de los/as niños/as de esta edad.

Otras publicaciones de LINKAGES relacionadas al tema

- Datos importantes sobre alimentación: Nacimiento, iniciación de la lactancia materna y los primeros siete días después del nacimiento, 2002
- Datos importantes sobre alimentación: La leche materna - Una fuente esencial de vitamina A para lactantes y niños pequeños., 2000
- Datos importantes sobre alimentación: Prácticas recomendadas para mejorar la nutrición de los lactantes durante los primeros seis meses de vida., 2001
- Cuantificando los beneficios de la lactancia materna: Un resumen de la evidencia, 2002
- Prácticas alimentarías y dietéticas recomendadas para mejorar la nutrición de lactantes y madres, 1999

Referencias

Almroth SG, Bidinger P. No need for water supplementation for exclusively breastfed infants under hot and arid conditions. *T Roy Soc Trop Med H* 1990; 84,602-4.

Armelini PA, Gonzalez CF. Breastfeeding and fluid intake in a hot climate. *Clin Pediatr* 1979; 18:424-5.

Brown K et al. Infant-feeding practices and their relationship with diarrheal and other diseases in Huascar (Lima), Peru. *Pediatrics* 1989 Enero ;83(1):31-40.

Glover J, Sandilands M. Supplementation of breastfeeding infants and weight loss in hospital. *J Hum Lact* 1990 Dic;6(4):163-6.

Goldberg NM, Adams E. Supplementary water for breast-fed babies in a hot and dry climate – not really a necessity. *Arch Dis Child* 1983; 58:73-74.

Hosssain M et al. Prelacteal infant feeding practices in rural Egypt. *J Trop Pediatr* 1992 Dic; 38(6):317-22.

Popkin BM et al. Breast-feeding and diarrheal morbidity. *Pediatrics* 1990 Dic; 86(6):874-82.

Sachdev HPS et al. Water supplementation in exclusively breastfed infants during summer in the tropics. *Lancet* 1991 Abr; 337:929-33.

Victora C et al. Infant feeding and deaths due to diarrhea: A case-control study. *Am J Epidemiol* 1989 Mayo;129(5):1032-41.

World Health Organization. Breastfeeding and the use of water and teas. Division of Child Health and Development Update, Numero 9 (Nov. 1997).

Lactancia materna exclusive: La única fuente de agua que necesita un bebé – Preguntas más frecuentes es una publicación de LINKAGES: Programa de lactancia materna, MELA, alimentación complementaria y nutrición materna. LINKAGES es financiado por GH/HIDN, una oficina de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), bajo los términos del acuerdo de cooperación HRN-A-00-97-00007-00. LINKAGES es administrado por la Academia para el Desarrollo Educativo (AED). Las opiniones expresadas en este documento son las de los autores y no reflejan necesariamente las de la USAID.

LINKAGES ■ Academy for Educational Development ■ 1825 Connecticut Avenue, NW, Washington, DC 20009
Phone (202) 884-8000 ■ Fax (202) 884-8977 ■ E-mail linkages@aed.org ■ Website www.linkagesproject.org

U.S. Department of Education
Office of Educational Research and Improvement (OERI)
National Library of Education (NLE)
Educational Resources Information Center (ERIC)

NOTICE

Reproduction Basis

X	This document is covered by a signed "Reproduction Release (Blanket)" form (on file within the ERIC system), encompassing all or classes of documents from its source organization and, therefore, does not require a "Specific Document" Release form.
	This document is Federally-funded, or carries its own permission to reproduce, or is otherwise in the public domain and, therefore, may be reproduced by ERIC without a signed Reproduction Release form (either "Specific Document" or "Blanket").

EFF-089 (1/2003)

PS031408